

CENTRE de PLANIFICATION
ou d'ÉDUCATION FAMILIALE
du
CONSEIL GÉNÉRAL du CHER

GUIDE PRATIQUE

SUR LA

CONTRACEPTION

Docteur Philippe NOTTIN

En collaboration avec :

Marie-Anne AUBAILLY
Georgette CHEVAILLER
Marina PASQUET
Martine VIGNERON

Editorial

Le guide de la contraception que vous tenez entre les mains est le fruit de l'expérience et de l'engagement de professionnel(le)s et de militant(e)s, conduits par le docteur Philippe Nottin. Au nom du Conseil Général du Cher et au nom des femmes et futures femmes du Cher, je tiens à les en remercier.

Sexualité épanouie, contraception choisie, fertilité préservée : rien de cela ne serait allé de soi sans un long et difficile parcours de conquêtes législatives ; rien de cela n'est possible sans un service public accessible dans des Centres de planification et d'éducation familiale pour lesquels le Conseil Général a réaffirmé son ambition en 2008 ; rien de cela ne se concrétise sans la mise à disposition d'outils au service du public, comme des professionnels. Ce guide est l'un de ces outils.

Né d'un important travail de recensement et de mise en commun, ce guide balaye l'ensemble des champs – médical, psychologique, législatif, social, …- pour permettre d'accompagner chaque femme vers une contraception librement choisie. Il insiste sur le nécessaire travail en réseau de professionnels de la santé et de l'éducation, au service des plus jeunes. De ce fait, il s'inscrit dans le sillage des mouvements d'éducation populaire, tout particulièrement du Mouvement Français du planning familial.

Ce guide, somme de repères pour répondre aux questions d'aujourd'hui, contribue à la reconnaissance des droits des femmes – droit au vécu de la sexualité, droit à l'éducation à la sexualité, droit à l'éducation et à la prévention de la santé procréative, droit à l'éducation à la parentalité -. Il s'inscrit dans les luttes contre les discriminations, les violences et les maltraitances à l'enfance et aux personnes. Il participe des combats pour la dignité et la justice sociale.

Irène FELIX,
Vice-Présidente du Conseil général chargée des Solidarités



SOMMAIRE

Une jeune fille se présente

dans un Centre de planification

pour une demande de contraception d’urgence.

Elle souhaite débuter une contraception

par pilule estroprogestative.

I - RÉPONDRE AU BESOIN D'UNE CONTRACEPTION D'URGENCE

- La contraception d'urgence est une urgence médicale
- Correctement utilisée, la contraception après un rapport sexuel (ou contraception du lendemain) doit permettre d'éviter plus de trois grossesses non désirées sur quatre.

A- Les indications de la contraception d'urgence :

- Dans tous les cas où **les rapports sexuels sont non ou mal protégés** et s'y associe un non désir de grossesse
- Dans les cas :
  - d'absence de contraception
  - de **rapport imprévu**
  - de déchirure, de glissement, de fuite du préservatif,
  - de viol
  - **d'oubli de pilule** sur deux jours consécutifs et si il y a eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli

B- Il est urgent que la contraception d'urgence puisse être assumée par le Centre de planification, sans être différée :

- Par une infirmière, par une sage femme, par un médecin.

- La jeune fille prend **un comprimé de Norlevo dosé à 1,5 mg de lévonorgestrel.**

- Cette prise doit être assumée **le plus tôt possible** après le rapport sexuel non ou mal protégé : si possible **dans les 12 heures après ce rapport sexuel**, et avant 72 heures (3 jours) après ce rapport.
  Ce délai de 3 jours peut être **porté à 5 jours** (s'il n'y a pas eu d'autres rapports). Mais la contraception d'urgence est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée tôt après le rapport sexuel non protégé.

- En cas de **vomissement**, survenant dans les 3 heures suivant la prise d'un comprimé de Norlevo 1,5 mg, il faut renouveler la prise de Norlevo.

- Il faut recommander de **s'abstenir** de rapports sexuels ou de mettre des préservatifs à toutes les relations sexuelles **jusqu'aux prochaines règles**. La contraception d'urgence évite une grossesse d'un rapport non protégé antérieur, **elle ne protège pas** du risque de **grossesse ultérieure** des rapports **à venir**.

- L'utilisation de la contraception d'urgence ne doit pas être limitée à la période qui entourerait l'ovulation. Elle doit être utilisée à **n'importe quel moment du cycle menstruel.** Il est en effet difficile de savoir quand l'ovulation a eu lieu ; tout particulièrement en cas de cycles irréguliers ou chez les adolescentes. Le risque de conception est plus élevé entre le 6ème jour avant l'ovulation et 1 jour après l'ovulation.

Il n'existe pas de contre indication médicale à la contraception d'urgence par **Norlevo 1,5 mg**. Mais il est **déconseillé** chez des femmes qui présentent un risque de grossesse extra utérine ou qui ont une atteinte hépatique sévère ou de « malabsorption ».

- **Les règles** qui suivent la prise de Norlevo 1,5 mg sont **normales** dans la majorité des cas. Elles surviennent à la date prévue ou plus tôt.

- Si les règles après Norlevo sont de faible abondance, ou en cas d'absence de règles de plus de 5 jours par rapport à la date prévue, la jeune fille doit **reconsulter le Centre de planification**. Il faut vérifier qu'il ne s'agit pas d'un début de grossesse en réalisant une prise de sang pour un **dosage quantitatif des BHCG[1].** Norlevo, comme toutes les autres méthodes contraceptives d'urgence, n'est pas efficace à 100 %.

C- La contraception hormonale d'urgence,

ou « pilule du lendemain » sans **contre indication médicale,** est :

- 1 comprimé de **1,5 mg de lévonorgestrel** en une seule prise commercialisé sous le nom de Norlevo ou Vikela.

- Son taux d'**efficacité** dépend essentiellement de la **rapidité de prise** après le rapport sexuel qui risque d'être fécondant :

    - 95 % lorsque la prise a lieu dans les 24 heures
    - 50 % si elle est prise dans les 72 heures.

- Depuis fin 2001, elle est délivrée par les **infirmières scolaires** de l'éducation nationale, des collèges et des lycées.

- Elle est disponible **sans ordonnance**, anonymement et **gratuitement** pour les **mineures en pharmacie.**

- Elle est **remboursée** par la sécurité sociale lorsqu'un médecin rédige une ordonnance à une femme à titre préventif et de précaution.

- Après la prise de Norlevo, une surveillance du cycle menstruel est absolument nécessaire : date d'apparition des règles et leur abondance. Au moindre doute il faut faire un test de grossesse.

D - La contraception d'urgence (avant le Norlevo)

a débuté par l'association et la prise de 2 comprimés contenant chacun 50 mcg **d'éthinylestradiol** (EE) et 250 mcg de **levonorgestrel.**

Il fallait prendre deux comprimés de **Tétragynon** ou de **Stédiril** après un rapport sexuel non protégé. On reprenait, **12 heures plus tard,** 2 autres comprimés. Cela nécessitait une prescription médicale. La prise d'éthinylestradiol à ce taux générait des **nausées** et des **vomissements** qui sont moindre avec le Norlevo. Il y avait contre indication médicale absolue lorsqu'il existait des antécédents thromboemboliques veineux et artériels.

[1] BHCG = beta human chorionic gonadotrophin ou hormone de grossesse

E - Après la prise de la contraception d'urgence Norlevo, il n'est pas nécessaire d'attendre les règles suivantes pour débuter une contraception orale estroprogestative.

- 24 heures après la prise de Norlevo, on peut **commencer immédiatement une plaquette de pilules**. Mais il faut impérativement prendre des **précautions associées** en plus : abstinence ou préservatif pendant les **7 premiers jours de la plaquette.**

- Il est souhaitable de réaliser **un test de grossesse** 15 jours après la prise de Norlevo dans ce cas, afin de lever toute inquiétude en raison de la non perception des règles. La contraception est totalement efficace à la prise de la 2ème plaquette.

F - Une prochaine contraception d'urgence à l'étude à partir d'un modulateur du récepteur de la progestérone (PRM)

« Le **CDB-2914** comparé au Levonorgestrel (Norlevo) vient de démontrer qu'il est au moins aussi efficace que le Norlevo et aussi bien toléré » (Dr David SERFATY – Quotidien du médecin – Mai 2008)

Le nom commercial sera **ELLA**. Il semble même plus efficace à partir de la 48ème heure qui suit le rapport sexuel non protégé.

L'étude d'efficacité actuelle concerne des femmes qui ont eu un rapport sexuel non protégé **dans les cinq jours** (120 heures) précédant la prise de ce contraceptif d'urgence : ELLA.

o

o o

II - RÉPONDRE AU BESOIN DE DÉBUTER UNE CONTRACEPTION EFFICACE

A - Principes et objectifs

- Il s'agit de proposer une méthode de **maîtrise de la fécondité** permettant à une jeune fille d'assumer un **projet de vie sexuelle** et d'affirmation psychoaffective amoureuse. Cette méthode doit être **adaptée** à la vie de la jeune fille. Elle doit être **choisie** et **non imposée**. Elle doit être justifiée dans ses avantages et ses capacités à permettre à la jeune femme d'investir les champs de sa sexualité, de son **épanouissement personnel.**

- La contraception hormonale estroprogestative à l'adolescence, constitue la méthode de prédilection. Elle existe sous forme de **pilule contraceptive prise par voie orale**. D'autres formes sont à la disposition des jeunes femmes dans les Centres de planification : **patch, anneau, implant.**

- Les pilules estroprogestatives contiennent un estrogène de synthèse, l'**éthinylestradiol** (EE), et un **progestatif de synthèse.**

B - Prendre en compte les effets bénéfiques secondaires de la contraception hormonale chez les jeunes femmes :

- Les estroprogestatifs anticonceptionnels permettent de :
  - diminuer le volume des **règles**
  - **régulariser** les cycles menstruels
  - diminuer l'intensité et **traiter la dysménorrhée** essentielle (règles douloureuses)
  - **améliorer** les symptomatologies
    - du syndrome prémenstruel (gonflement et pesanteur pelvienne avant les règles)
    - de **l'hyperandrogénie (acné** du visage, prise de poids)
  - Ils **diminuent** la fréquence des kystes fonctionnels ovariens, les mastopathies bénignes, des infections utéro-annexielles (par modification de la glaire cervicale) et des grossesses extra-utérines.

C - Une contraception estroprogestative proposée à une femme doit répondre à des critères :

• d'efficacité optimum • de facilité d'observance • d'innocuité • d'accessibilité : garantissant la confidentialité, l'anonymat, la gratuité (non discrimination vis-à-vis des produits non remboursés par la Sécurité sociale), l'autonomie psychologique (prescription sans autorisation parentale).

C-1- L'efficacité optimum des pilules estroprogestatives contraceptives repose sur leur composition, la nature et le dosage des composants, leur répartition sur 21 ou 24 jours.

L'efficacité est dépendante de l'administration de l'**éthinylestradiol** (estrogène) et du **progestatif de synthèse** pendant 21 ou 24 jours, suivie d'un arrêt ou de la prise de comprimés inactifs pendant 7 ou 4 jours respectivement.

C-1-1- L'administration du progestatif dès le début de la plaquette permet un double mode d'action :

- **antigonadotrope :** blocage de la FSH[2] et de la LH[3] antéhypophysaire, qui induisent le développement du follicule contenant l'ovule, et qui déterminent l'ovulation,

- **lutéomimétique** par action directe du progestatif sur la **glaire cervicale** (qui ne permet plus la pénétration et l'ascension des spermatozoïdes vers la cavité utérine) et **l'endomètre**.
  L'endomètre devient atrophique et impropre à la nidation. L'atrophie de l'endomètre est parfois responsable de troubles du cycle : **spotting,** métrorragies (saignements en dehors des règles), aménorrhées (absence de règles).

---

[2] FSH = Follicle Stimulating Hormone ou hormone folliculostimulante
[3] LH = Hormone lutéïnisante

C-1-2- Les pilules estroprogestatives sont souvent classées en fonction du type de progestatif :

- celles contenant la noréthistérone et la norgestrienone représentent les pilules de **première génération** (Miniphase, Triella, Stédiril),

- celles contenant le lévonorgestrel et le D–norgestrel représentent les pilules de **deuxième génération** (Minidril, Adépal, Trinordiol),

- les pilules de **troisième génération** contiennent le gestodène, le désogestrel, le norgestimate (Mélodia, Minesse, Harmonet, Moneva ; Mercilon, Varnoline ; Cilest),

- plus récemment, (en 2006), ont été commercialisées deux associations estroprogestatives contenant de la drospirénone, dérivée de la spironolactone (Jasmine, Jasminelle et Jasminelle-continu).

C-2- En 2006, en France, 32 pilules, dont 30 pilules estroprogestatives, avaient une AMM[4] en contraception.

Plusieurs stratégies ont été employées pour réduire l'incidence des complications (notamment thromboemboliques) de la pilule contraceptive. Elles reposent sur la **diminution de la dose d'éthinylestradiol** (EE) et l'utilisation de progestatifs nouveaux.
La prescription en **première intention,** à une jeune femme, doit être celle d'une pilule estroprogestative **minidosée** (20 à 35 µg d'EE).
Actuellement, nous pouvons utiliser des doses minimes d'éthinylestradiol **(15 et 20 µcg)** pour une meilleure **tolérance**, tout en conservant la **même efficacité**, grâce à l'utilisation des progestatifs de troisième génération, dont **l'effet antigonadotrope est supérieur.**
Pour améliorer **l'observance**, il a été conçu des pilules estroprogestatives avec **prise quotidienne en continu** 28 jours sur 28. La plaquette contient des comprimés inactifs, placebos : 4 ou 7 (Minesse, Mélodia, Varnoline Continu, Jasminelle-continu).

C-3- L'efficacité contraceptive des pilules estroprogestatives est déterminée par la répartition sur 21 ou 24 jours de l'éthinylestradiol et des progestatifs.

C-3-1- Les pilules monophasiques présentent des comprimés qui ont le **même dosage** d'éthinylestradiol et du progestatif sur **21 ou 24 jours** (Minidril, Stédiril, Moneva, Minesse, Mélodia, Mercilon, Jasminelle). En cas **d'oubli** (qui ne doit pas dépasser 12 heures) ou de substitution d'un comprimé sur la plaquette par un autre, il n'y a aucune conséquence sur l'efficacité contraceptive.

C-3-2- Dans les pilules biphasiques, les doses d'éthinylestradiol et du progestatif contenues dans les comprimés varient selon deux paliers (Adépal, Miniphase).

---
[4] AMM = Autorisation de Mise sur le Marché

C-3-3- Dans les pilules triphasiques, les doses d'éthinylestradiol et du progestatif contenues dans les comprimés varient selon trois paliers successifs (Trinordiol, Triminulet, Phaeva, Daily Gé, Triafémi,

Tricilest). Ces pilules sont **très efficaces dans l'absolu**, si les femmes ne les oublient pas. La mauvaise reprise au 7ème jour d'arrêt, un **oubli** en fin de plaquette antérieure, et un oubli en début de plaquette, expliquent le déblocage ovulatoire et l'échec de ces pilules. Si la femme assume une observance rigoureuse, sans oubli, ces pilules triphasiques sont très efficaces.

D - Trois pilules à proposer en première intention

à une adolescente ou une jeune femme : Minesse, Mélodia, Jasminelle-continu.

D-1- Pourquoi Minesse et Mélodia ?

- ce sont des pilules de **troisième génération** qui contiennent **15 mcg** d'éthinylestradiol et du **gestodène.**
- la présentation est **monophasique** ; chaque plaquette contient **24 comprimés** contraceptifs et 4 comprimés blancs placebos.
- la plaquette est débutée au premier jour des règles en respectant le premier comprimé indiqué « **Début ».**
- des **petites règles** apparaissent durant la prise des 4 comprimés blancs ou au début de la nouvelle plaquette.
- il n'y a **aucun calcul pour la reprise**. Il n'y a jamais d'interruption de prise. Cela facilite une **excellente observance** de la jeune femme.
- ces deux pilules contiennent **0,06 mg/j de gestodène** par comprimé. Les qualités de ce progestatif permettent de diminuer la dose d'éthinylestradiol et renforcent les **trois verrous contraceptifs** :
  - inhibition de l'ovulation,
  - modification du mucus cervical empêchant les spermatozoïdes de franchir le col utérin,
  - modification de l'endomètre qui devient impropre à la nidation.

D-2- Pourquoi proposer Mélodia en contraception de première intension ?

- Parce que son observance de prise est facilitée par sa présentation et des repères correspondant aux 7 jours de la semaine.
- Au premier jour de la première prise **à « Début »,** la jeune femme colle **un repère du jour correspondant**. Elle peut ainsi savoir le jour de la prise à poursuivre**.**

- Cette présentation **sur 4 semaines en continu** (sans interruption), facilite l'observance et évite les oublis.

D-3- Pourquoi proposer Minesse en contraception de première intention ?

- Parce que son observance de prise est aussi facilitée par un autre **mode de présentation** sur un rectangle dont la prise se fait linéairement et **circulairement.**

- Au premier jour de la première prise **à « Début »,** la jeune femme indique sur sa plaquette le **repère du jour de la semaine.** Elle peut ainsi savoir, en suivant les chiffres des 28 comprimés, si elle n'en a pas oubliés.
- Cette présentation classique sur 28 jours, dont 4 comprimés blancs placebos, **en continu facilite l'observance**, évite les oublis, il n'y a pas d'interruption de prise.

D-4- Pourquoi proposer Jasminelle-continu en contraception de première intention ?

- Cette pilule contraceptive ne contient que **20 mcg** d'éthinylestradiol associés à **3 mg de drospirénone** par comprimé pris pendant **21 jours** – puis 7 comprimés blancs inactifs.
  La drospirénone **inhibe l'ovulation** et atrophie l'endomètre. Elle possède des **effets anti-minéralo-corticoïdes** et **anti-androgéniques**. Elle a un profil pharmacologique proche de celui de l'hormone naturelle, **la progestérone**. Elle élimine la perception de rétention œdémateuse prémenstruelle ou de sensation de prise de poids.
- Jasminelle-continu est **débutée au 1er jour des règles**. Celui-ci est indiqué au jour correspondant sur la première ligne horizontale de la plaquette. Il suffit de poursuivre chaque jour le jour suivant indiqué en respectant **les indications des flèches.**
- Le **dernier comprimé blanc** pris indique le jour de la **reprise** du 1er comprimé de la plaquette suivante à recommencer après la prise, des 7 jours de comprimés blancs-inactifs.

- La présentation de Jasminelle-continu permet une **excellente observance** par la jeune femme. Un auto-collant permet de repérer le jour où est commencée la plaquette.

E - Les antécédents retrouvés à l'interrogatoire

susceptibles de **contre-indiquer** la prescription d'une pilule estroprogestative.

Les recommandations de l'ANAES[5] stipulent des contre-indications **absolues** à la prescription d'estroprogestatifs à l'adolescence :

[5] ANAES = Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

E-1- Accidents thromboemboliques

Un antécédent personnel **d'accidents thromboemboliques** artériels et veineux qui laissent supposer l'existence d'une **thrombophilie** constitutionnelle. Celle-ci est une anomalie préexistante de l'**hémostose** (déficit en antithrombine, en protéine C ou en protéine S). Il peut exister un **contexte étiologique** ponctuel (intervention chirurgicale, alitement, immobilisation plâtrée).

E-2- La migraine avec signes neurologiques prolongés ou répétitifs. Les migraines transformées ou aggravées par la pilule.

E-3- L'hypertension artérielle, même si elle est bien équilibrée par un traitement hypotenseur.

Une hypertension artérielle franche peut apparaître chez certaines utilisatrices. Le principal responsable est **l'éthinylestradiol** qui augmente la synthèse hépatique de l'angiotensinogène et stimule le système rénine-angiotensine-aldostérone.

E-4- Le diabète mal équilibré avec complications vasculaires.

Les estroprogestatifs induisent une **insulinorésistance** avec augmentation des glycémies sous stimulation.

E-5- Des affections estrogénodépendantes comme le **lupus érythémateux disséminé**, l'otospongiose, doivent être recherchées.

E-6- Les hypertriglycéridémies

L'**éthinyslestradiol** tend à augmenter les taux plasmatiques des triglycérides et du LDL[6] cholestérol et à diminuer ceux du HDL[7] cholestérol.

Les **progestatifs de synthèse** ont l'effet inverse et cet effet est d'autant plus marqué que le progestatif est plus androgénique.

E-7- Trois facteurs doivent être pris en compte isolément et associés

- **l'obésité** (IMC[8] > 30 kg/m^2)
- **le tabagisme** sévère (plus de 15 cigarettes par jour selon l'ANAES)
- **la migraine** sans signes neurologiques locaux

Ces trois facteurs pris isolément, ne sont pas considérés comme des contre-indications absolues à la prescription des estroprogestatifs.

Par contre, **l'association de deux** de ces trois situations conduira à envisager une autre méthode contraceptive.

E-8- La recherche des antécédents personnels et familiaux

permet de situer la réalisation du bilan biologique, avant, ou

[6] LDL = protéines dites à faibles densités ou mauvais cholestérol
[7] HDL = protéines dites à hautes densités ou bon cholestérol

[8] IMC = Indice Masse Corporel

après la prise du contraceptif estroprogestatif. On recherche des antécédents : **cardiovasculaires**, de **thrombophilie** (anomalie de l'hémostase), **d'anomalies métaboliques** (diabète, dyslipidémie). On se doit évidemment de rechercher d'éventuels cancers hormonodépendants.

En cas d'**antécédent** familial de **dyslipidémie**, le bilan biologique est réalisé **avant** le début de la prescription-délivrance du contraceptif estroprogestatif. Il sera **renouvelé** en fonction de la situation clinique trois à six mois après le début de la prise.

Lorsqu'on envisage une association estroprogestative et si il existe des antécédents **chez les parents** au premier degré de pathologies thromboemboliques veineuses profondes, apparues avant l'âge de 50 ans, il est justifié et recommandé de **rechercher une thrombophilie** par un bilan hématologique **avant** la prescription.
Le risque vasculaire chez l'**adolescente** sous estroprogestatif est un **risque veineux**. Dans cette tranche d'âge les risques artériels sont rarissimes.
Les risques veineux résultent de modifications de l'hémostase. Ils sont maximum dès les **premières semaines** et dans les premiers mois de la prise du contraceptif estroprogestatif.

E-9- Le tabagisme à l'adolescence ne doit pas être élevé en interdit à **l'accessibilité à la contraception estroprogestative**.
L'usage régulier du tabac au cours de l'adolescence s'est régulièrement développé dans les pays d'Europe.
En France, dans la population des adolescentes, on enregistre : • 41,1 % de fumeuses quotidiennes
et • 10 % de fumeuses occasionnelles.
La consommation de **moins de 15 cigarettes** par jour ne constitue **pas une contre-indication** à la prescription d'une pilule estroprogestative.
Les accidents vasculaires artériels ne sont pas liés à la pilule mais à **l'association « *tabac* + *plus âge supérieur à* *35 ans* + *pilule*».**
La prévention est d'autant plus facile qu'il existe, à 35 ans, un large choix de méthodes contraceptives.
Prescrire une pilule estroprogestative à une jeune femme qui fume, justifie une **vigilance** à vérifier qu'il n'existe pas **d'autres facteurs associés** de risque : hypertension artérielle, cholestérol et triglycérides élevés, obésité.
Refuser de prescrire la pilule à une jeune fille qui fume est dangereux, en l'exposant à un risque de grossesse non désirée.
Le prescripteur de pilule contraceptive doit s'interroger sur **ce que représente** pour l'adolescente cette nouvelle **dépendance au tabac.** Sur ce que cela représente vis-à-vis de ses investissements aux plaisirs oraux, à l'image du corps de la femme en intégration sociale au groupe et vis-à-vis de l'autre sexe, de ses investissements à construire ses conduites de séduction, à vivre des conduites de prise de risques, à défier la société.

Grâce à la maîtrise de sa fécondité par la pilule, l'adolescente qui fume va pouvoir **investir les champs de sa sexualité**, établir de nouvelles relations vis-à-vis d'autrui dans ses différences. Les investissements **affectifs** et les découvertes de nouveaux **modes de plaisirs** peuvent lui permettre de se dégager de ses fixations orales de fumeuse.

La contraception permet à l'adolescente de **se construire** et de trouver en elle-même les énergies pour se désaliéner du tabac.

Après le tabac, s'élabore dans notre société d'autres **conduites toxicomaniaques** à risque à l'adolescence. La consommation de **cannabis** a été multipliée par deux ces dix dernières années. L'adolescence - et sa sortie entre **14 et 18 ans -** constitue une période de grande **vulnérabilité**, alors que pour 50 % des jeunes femmes se situe **l'initiation sexuelle** et les premières relations à 17 ans.

« Ainsi, la consommation de cannabis, même si elle n'est pas encouragée, ne constitue ***pas une contre-indication*** *à la prescription de la pilule estroprogestative »* (G. ROBIN – Gynécologie Obstétrique et Fertilité 35 [2007] 951-967)

E-10- L'obésité à l'adolescence est devenue en France un problème de santé publique.

La prévalence de l'obésité augmente progressivement en France ; elle approche actuellement les 15 %.

La consultation de contraception peut être un moment privilégié pour une jeune femme d'exposer son mal être et ses inquiétudes de l'évolution d'un surpoids.

L'obésité ne constitue pas isolément une contre-indication absolue à la prescription de la pilule estroprogestative. Mais son existence doit impérativement faire **rechercher d'autres facteurs** de risque vasculaire surajoutés. Ceux-ci associés peuvent contre-indiquer la prescription d'éthinylestradiol.

L'obésité conditionne le choix de la méthode contraceptive. Un **Indice de Masse Corporel** (IMC) supérieur à 30 kg/m^2 peut entraîner une **diminution d'efficacité** des méthodes contraceptives hormonales. (La durée d'efficacité de l'Implanon est abaissée à 2 ans chez une patiente obèse).

L'obésité doit rendre vigilant. Il existe une forte association entre surcharge pondérale et thrombose veineuse profonde.

L'obésité justifie que soit associé un **examen clinique** lors de la consultation contraceptive, en réalisant la prise de **poids** et de la **tension artérielle**. Un surpoids évolutif doit faire envisager chez l'adolescente un éventuel **trouble du comportement alimentaire** débutant, ou déjà installé, associant épisodes de **boulimie** et d'anorexie.

La **crainte** du risque de **prise de poids** sous estroprogestatifs est une **réalité culturelle** véhiculée chez les femmes. C'est l'un des principaux arguments avancés par les adolescentes réticentes à la contraception hormonale.

Il est important de **savoir entendre** cette inquiétude. Elle témoigne de la possibilité d'objecter pour l'adolescente au concept normatif d'une contraception subie, plus ou moins imposée, non choisie. Elle répond à une rationalité collective qui ne reconnaît pas l'adolescente dans ses capacités à être « une mère symbolique » et capable d'aimer un enfant.

Le discours médical est capable d'expliquer qu'aucun des travaux scientifiques menés à ce sujet n'a retrouvé d'augmentation significative du poids sous pilule chez les jeunes filles. Mais l'adolescente ne se situe pas dans ce raisonnement : elle oppose les **problématiques profondes affectives** de son histoire individuelle à une autre norme culturelle sociale et collective établie au nom d'une prévention.

Lors d'une consultation pour contraception, une prise de poids importante sous pilule doit faire rechercher un **trouble du comportement alimentaire** sous jacent, révélé par la prescription de la contraception hormonale. La pilule est devenue l'objet transitionnel bouc émissaire idéal pour ces adolescentes qui cherchent à somatiser et exprimer des problèmes profonds.

o

o o

III – LA CONSULTATION CONTRACEPTIVE D'UNE JEUNE FEMME EN CENTRE DE PLANIFICATION

A - Les motifs et les raisons de la consultation contraceptive

A-1- Depuis la loi du 4 décembre 1974 les Centres de planification ou d'éducation familiale ont pour vocation de permettre **aux mineurs** (et aux non assurés sociaux) de bénéficier d'une consultation pour la prescription et la délivrance **d'un contraceptif** de façon **anonyme, gratuite,** et **sans autorisation parentale.**

Par **la loi du 4 juillet 2001 tout médecin** peut prescrire un contraceptif à une personne mineure sans autorisation parentale.

Dans un Centre de planification, les frais de consultation, la délivrance des produits contraceptifs, les examens biologiques liés à **la contraception**, sont financés par le **Conseil général du département** dans le cadre de ses missions de **P**rotection **M**aternelle et **I**nfantile.

A-2- Depuis la loi du 23 janvier 1990 (ou **Loi Calmat**), les Centres de planification ou d'éducation familiale peuvent, au bénéfice des mineurs (et non assurés sociaux) réaliser les diagnostics par **prélèvement des IST**[9], des vaginites, de la **chlamydiose**, du HIV[10], et leur prescrire des **thérapeutiques** anti-infectieuses.

Depuis le **décret du 30 août 2000,** dans les Centres de planification, **ces frais** de diagnostics d'IST et de HIV et les thérapeutiques au bénéfice de personnes mineures et majeures, sont assumés par la **Caisse Primaire d'Assurance Maladie du département.**

A la vocation initiale de prévention des grossesses non désirées chez les mineures dans les Centres de planification, se sont associées, par la **loi Calmat** : la prévention et la **protection de la fertilité** en réalisant le diagnostic de la **chlamydiose**, et en traitant les deux partenaires suivant des modalités répondant au **secret** médical, **gratuitement** et sans autorisation parentale.

---

[9] IST = Infections Sexuellement Transmissibles
[10] VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine ou VIH

A-3- Les personnes mineures et majeures s'adressent à un Centre de planification

Les personnes mineures et majeures s'adressent à un Centre de planification parce qu'elles savent que l'accessibilité à une problématique de **contraception** sera résolue dans la **confidentialité**, le secret médical, la possibilité de bénéficier de procédures d'anonymat.

Toutes les prestations sont **gratuites**. Le numéro de sécurité sociale n'est jamais utilisé afin de préserver le **secret vis à vis de l'autorité parentale**. De nombreuses personnes mineures expriment le souhait à leur majorité de bénéficier des mêmes droits reconnus dans un Centre de planification. On peut **avoir 18 ou 20 ans**, prendre une pilule non remboursée par la Sécurité sociale, avoir des relations sexuelles sans risque de grossesse, **en refusant que les parents puissent le savoir**.

Les jeunes femmes, les couples, les hommes consultent un Centre de planification pour **résoudre des problèmes liés à la sexualité**, aux relations sexuelles, à la **contraception**, à des inquiétudes vis à vis des **IST** et de l'infection asymptomatique **HIV**. Ils savent qu'ils pourront exposer leurs problèmes, leurs interrogations, leurs inquiétudes sur une possible **grossesse non désirée ou non prévue.**.

La vocation initiale d'un Centre de planification est d'accueillir toutes celles et ceux qui sont en situation de bénéficier d'une **contraception d'urgence,** de la délivrance d'une contraception **initiée ou débutante, renouvelée.**

La deuxième vocation d'un Centre de planification ou d'éducation familiale est de permettre de **resituer** la **contraception dans la globalité** des incidences et singularités **de la sexualité**. Elle est celle d'un **lieu de parole** pour qu'elle soit dite et entendue. Elle est celle qui répond aux **besoins d'éducation à la sexualité**, à la conjugalité, à l'affectivité, à la parentalité, à la **prévention des violences** sous forme de sexisme ou d'homophobie.

B - Procédures d'accueil et de prise en charge d'une personne consultante mineure ou adolescente voulant bénéficier d'une contraception dans un Centre de planification

Cette consultation est effectuée **« anonymement »** **« gratuitement »** et **sans autorisation parentale.**

B-1- L'accueil

L'accueil est effectué dans le respect de la **confidentialité** quelle que soit la raison de la consultation. Il n'est jamais demandé de pièce d'identité, ni de numéro de Sécurité sociale.

B-2- Constitution d'un dossier médical contraceptif

B-2-1- Numéro d'anonymisation

La personne mineure peut demander à être enregistrée sous un **numéro d'anonymisation** pour :

- la constitution de son **dossier**,
- la conduite de la **consultation** contraceptive,
- la réalisation des **examens complémentaires** en laboratoire,
- la délivrance du produit contraceptif en pharmacie.

B-2-2- un dossier médical contraceptif relevant du secret médical

Si la personne mineure y consent, un dossier médical contraceptif relevant du secret médical est constitué comportant : **Nom prénom, date de naissance,** l'adresse de la personne si elle est d'accord (et en demandant si les parents sont au courant de la demande de contraception).

Il est fondamental que les parents ne puissent jamais savoir que leur enfant a consulté le Centre de planification. Cette consultation anonyme relève du **secret médical** absolu garanti par la loi du 4 décembre 1974 créant les Centres de planification ou d'éducation familiale.

B-3- La consultation contraceptive médicale d'une personne mineure ou d'une adolescente

Elle est effectuée par une **sage-femme** ou un **médecin**. Elle comporte les temps d'interrogatoire des antécédents, un examen médical adapté à la situation, une prescription d'examens complémentaires, une prescription d'un produit contraceptif qui sera délivré dans une pharmacie conventionnée par le Conseil Général.

B-3-1- L'interrogatoire

B-3-1-1- l'interrogatoire sur les antécédents familiaux :

- antécédents thromboemboliques veineux et artériels,
- anomalies de l'hémostase,
- diabète – obésité - hypertension artérielle,
- hypercholestérolomie, hypertriglycéridémies.

B-3-1-2- interrogatoire sur l'installation des manifestations de la puberté

- âge de l'apparition des premières règles,
- durée et rythme des cycles menstruels,
- existe-il des dysménorrhées, depuis quand ? Conséquences sur la scolarité ?
- la notion de spanioménorrhées (cycles de 3 à 4 mois) peut justifier des explorations hormonales (avant la prescription d'une contraception hormonale).

B-3-1-3- interrogatoire sur les antécédents médicaux chirurgicaux

- âge de l'appendicectomie,
- antécédents d'otites, angines, pneumopathies, RAA[11], cystites…
- antécédents de « kystes de l'ovaire » à l'échographie, opérés ?
- antécédents de fractures opérées, plâtrées,
- prise de médicaments : antiépileptiques, anxiolytiques, antidépresseurs.

[11] RAA = Rhumatisme Articulaire Aigu

B-3-1-4- interrogatoire sur un éventuel tabagisme, ou une toxicomanie.

B-3-1-5- interrogatoire sur la vie sexuelle

Les questionnements relèvent de la vie intime de la personne, du **secret médical** absolu. Les réponses peuvent ne pas être portées dans le dossier ; elles appartiennent au colloque singulier médical.

Les questions portent sur l'existence de relations sexuelles inconnues des parents. Les réponses peuvent mettre en cause des adultes plus âgés. Il peut n'y avoir jamais eu de relations sexuelles pénétrantes. Il peut exister des pratiques de sodomie pour protéger l'hymen. Des questions peuvent mettre en évidence des antécédents de viols, de violences sexuelles subies dans la sphère familiale (cette personne mineure peut être en danger).

B-3-1-6- interrogatoire sur les antécédents personnels

- Ils peuvent ne pas être portés dans le dossier
- antécédents d'Interruption Volontaire de Grossesse, d'accouchement, de fausses couches.

B-3-2- L'examen clinique

L'examen clinique d'une jeune femme en demande de contraception doit être **adapté** et modulé en fonction de la **situation psychologique.**

B-3-2-1- les examens : pesée – tension artérielle :

Il est deux examens qui doivent être assumés avant toute prescription d'une pilule contraceptive estroprogestative : la **pesée** et la prise de la **tension artérielle.**

B-3-2-2- autres examens cliniques :

En fonction de l'interrogatoire et des antécédents il est d'autres **examens cliniques** à réaliser, dans la sécurité **psychologique** et en accord avec l'adolescente. Ils justifient une certaine **dénudation** pour un examen en position allongée :

- l'examen de la **peau** et d'éventuelles cicatrices chirurgicales,
- le **développement des seins** et leur morphogénèse,
- la recherche d'une **galactorrhée** qui peut être en rapport avec une **hyperprolactinémie** d'origine médicamenteuse ou due à un adénome ; il y aura justification à réaliser un dosage de la prolactine avant la prescription d'une pilule contraceptive,
- la palpation des seins pour la recherche d'une **mastopathie,**
- l'étude du développement de la **pilosité** et la recherche d'un hirsutisme,
- l'auscultation cardiaque.

B-3-3- L’examen gynécologique

Lorsqu’il s’agit d’une adolescente vierge ou qui est réticente, l’examen gynécologique doit être **différé**. Cet examen doit être proposé lorsque la jeune femme en **ressent la nécessité**, pour se rassurer sur sa constitution de femme féconde, sur son corps reproducteur, pour répondre à des **inquiétudes** sur ses pratiques sexuelles, pour **bénéficier de prélèvements gynécologiques**.

L’examen gynécologique doit être réalisé dans un climat de **confiance**, de disponibilité de l’examinant. Il comprend trois temps : l’examen de la vulve, l’examen par l’introduction d’un spéculum, un toucher pelvien.

B-3-3-1- l’examen de la vulve

- **l’examen des lèvres** justifie des commentaires rassurants et non inquiétants. Certaines jeunes femmes sont inquiètes sur la **normalité** de leur vulve,
- l’examen de **l’hymen** doit être rassurant si l’adolescente est vierge. Des jeunes femmes ont besoin d’être rassurées sur leur intégrité hyménale :
  - si les premiers **rapports** ont été **douloureux** en raison d’un hymen résistant ou charnu, la jeune femme doit être aidée et conseillée dans le cadre du secret,
  - si la **jeune femme demande un certificat** sur son intégrité hyménale, il appartient au médecin consulté de répondre dans sa rédaction **dans l’intérêt de la personne demandeuse** et non pour répondre à des critères culturels obsessionnels de tiers motivés par d’archaïques pouvoirs de subordination sexistes.

B-3-3-2- La mise en place d’un spéculum

La mise en place d’un spéculum permet l’examen du **col utérin** et une inspection des **parois vaginales**.

L’introduction d’un petit spéculum doit se réaliser après s’être assuré que la jeune femme a compris la **signification du terme de relation sexuelle** pénétrante. Il est arrivé que des adolescentes identifient le terme de « relation sexuelle » avec attouchement sexuel du pénis sans pénétration intra-vaginale.

- ♦ **L’examen du col** permet de noter :
  - la taille du col, son orientation, l’état de l’orifice cervical,
  - l’abondance, la filance et la limpidité du **mucus cervical,** reflet de l’imprégnation estrogénique de la jeune femme,
  - il peut être réalisé un **frottis de dépistage**
  - on peut observer déjà une **exocervicite** qui témoigne de la vulnérabilité de la jeune femme
- ♦ **On réalise une inspection minutieuse des parois vaginales** qui permet d’étudier les caractéristiques de **leucorrhées** qui doivent évidemment faire l’objet de **prélèvements** lors de la consultation

gynécologique contraceptive. Ces prélèvements sont **envoyés à un laboratoire** conventionné du Centre de planification. Leur budgétisation est assurée par la **Caisse Primaire d'Assurance Maladie** du département en application de la **Loi Calmat** du 23 janvier 1990 et du nouveau décret d'application du 30 août 2000.

- Il est fondamental de **réaliser un prélèvement pour la recherche de chlamydia trachomatis** qui sera traité en laboratoire par PCR[12]

  Nous citons G.ROBIN (Gynécologie Obstétrique et Fertilité 35 [2007] 95-967 – « *La Contraception des adolescentes en France en 2007* »).

  *« Ces dernières années, un relâchement dans les pratiques sexuelles avec une moindre utilisation du préservatif est responsable de **l'augmentation de certaines IST**, et, notamment, les chlamydioses génitales ».*

  *« En France, la **prévalence des chlamydioses** génitales serait comprise entre **0,5 % et 9,1 %** chez les adolescentes **asymptomatiques** ; et entre **10,2 et 18 %** chez celles présentant une symptomatologie évocatrice **d'infection urogénitale »***

  *« Le dépistage représente un enjeu majeur en santé publique pour la prévention du **risque d'infertilité tubaire** et de contamination des partenaires ».*

Un **dépistage systématique et précoce**, chez les patientes âgées de **moins de 25 ans**, (qui consultent un Centre de planification), permet d'appréhender près de 70 % des infections à chlamydia trachomatis ; contre 30 % si l'on ne s'intéresse qu'aux populations dites à risque ou consultant pour une symptomatologie évocatrice d'IST.

Il est fondamental de **réaliser et de proposer** systématiquement chez toutes les adolescentes et les femmes de moins de 26 ans, lors de leur consultation pour contraception, une **recherche de chlamydia trachomatis** soit par **prélèvement d'endocol**, soit par **auto prélèvement**. La détermination identification est faite par méthode d'amplification génomique sélective appelée **polymerase chain reaction** (PCR).

B-3-4- Recherche de chlamydia trachomatis par auto prélèvement

S'il n'est pas réalisé d'examen gynécologique, il est possible de proposer une recherche de chlamydia trachomatis par auto prélèvement.

L'infection à chlamydia trachomatis est localisée préférentiellement au col mais elle peut aussi s'accompagner d'une **infection dans l'urètre** et même n'être présente que dans l'urètre.

[12] PCR = Polymerase Chain Reaction ou Réaction en Chaîne par Polymérase

L'auto prélèvement par écouvillonnage vulvo-vaginal permet d'explorer les sécrétions qui viennent du col et les sécrétions qui viennent de l'urètre.
On remet un **écouvillon** stérile contenu dans un tube à hémolyse sec destiné au prélèvement. La jeune fille réalise son **auto prélèvement dans les toilettes** du Centre de planification. Celui-ci peut être **conservé** à température ambiante (de 2 h à 22 jours) avant **transport au laboratoire.** (Ce prélèvement se conserve plus longtemps que l'urine sans perte de sensibilité et à la température ambiante).

B-3-4-1- Centres de planification de Seine St Denis

En 2005, dans les Centres de planification de Seine Saint Denis, **l'auto prélèvement** a permis de retrouver une infection à chlamydia trachomatis de : **12,4 % chez les moins de 18 ans**, et de 13,4 % chez les 20-23 ans (BEH[13] de l'InVS[14] thématique 37-38 / 3 octobre 2006)

B-3-4-2- Centre de planification de Bordeaux

En 2005, dans le Centre de planification de Bordeaux, chez des jeunes femmes majeures, il a été retrouvé une prévalence infectieuse à **chlamydia trachomatis de 7,9 % chez les moins de 26 ans** (soit 8,5 % chez les 18-19 ans et 12,6 % chez les 20-24 ans).
En 2005 dans le **Centre d'Orthogénie de Bordeaux** la prévalence était de **16,1 % chez les moins de 18 ans.**

B-3-5- L'examen pelvien

L'examen gynécologique pelvien est redouté des adolescentes et des jeunes femmes. Il est interprété comme une rupture entre les continuités de l'enfance et les investissements d'une image du corps adulte subordonnée à des pouvoirs sociaux inquiétants. Il témoigne de la rupture irréversible de l'intégrité hyménale à l'installation à un vécu du droit à gérer des intromissions consenties.
Il concrétise l'acceptation d'une subordination à un ordre social du non dit, du non explicite, à une réalité qui n'avait pas été verbalisée.
Le toucher pelvien ne doit être réalisé qu'avec **l'assentiment** de la jeune femme qui en comprend la nécessité par rapport à une situation clinique composée de signes d'appels particuliers. Il doit être réalisé si est exprimée une **demande de l'adolescente**, qui souhaite être rassurée sur la **normalité** de son développement pubertaire et sexuel.
Le toucher pelvien justifie une **explication préalable** détaillée des différents temps qui le composent. Il doit toujours être réalisé sur une table gynécologique et à **vessie vide**.

B-3-5-1- le toucher vaginal permet de préciser :

- La position de **l'utérus**, sa taille, sa consistance et sa déviation. En cas d'utérus rétroversé, il est important de **verbaliser** cette réalité en tant qu'expression d'une normalité (il existe des communications populaires associant la rétroversion utérine à « la stérilité » et à la non nécessité d'utiliser une contraception).

[13] BEH = Bulletins Epidémiologiques Hebdomadaires
[14] InVS = Infection VIH-Sida

• Le caractère éventuellement **douloureux** de la mobilisation de l'utérus ; l'état des **culs-de-sac** vaginaux qui peuvent être souples et indolores ou sensibles, douloureux ; le volume, la consistance, la régularité et la sensibilité des **ovaires**

B-3-5-2- le toucher vaginal permet d'évoquer des diagnostics différentiels

• l'augmentation du volume de l'utérus peut témoigner de l'existence d'une **grossesse déniée** par la jeune femme. Il y a justification à réaliser un test de grossesse par le dosage quantitatif de la **BHCG**[15] et une **échographie pelvienne** de datation de grossesse.

• une douleur spécifique dans le cul de sac vaginal droit peut évoquer un **syndrome appendiculaire** si est associée une douleur au point de Mac Burney. (Si la jeune femme est venue pour une délivrance contraceptive sans autorisation parentale, il est justifié de la convaincre de se faire prendre en charge et de **l'orienter vers un médecin extérieur** au Centre de planification pour traiter le syndrome appendiculaire).

• une **douleur** latéro-utérine ou sur le trajet d'une **trompe**, associée à un **retard de règles**, doit évoquer une possible **grossesse ectopique**. Cette suspicion de grossesse extra-utérine justifie de réaliser un dosage de la **BHCG** et une **échographie** pelvienne. Il est **urgent** de confirmer ou infirmer le diagnostic en orientant la jeune femme sur une structure médicale pour une prise en charge spécialisée.

• une **douleur** bilatérale **des trompes**, dans le contexte d'une contraception estroprogestative, associée à des **métrorragies** et des douleurs pelviennes, doit évoquer une probable **salpingite**. Il ne servirait à rien de changer la nature de la pilule qui n'est pas en cause. Il faut réaliser le **bilan infectieux** étiologique dans le cadre de l'application de la **loi Calmat** et surtout mettre en place une prise en charge **thérapeutique** adaptée à la situation clinique.

IV – LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES À RÉALISER EN LABORATOIRE

à la suite d'une consultation contraceptive dans un Centre de planification ou d'éducation familiale.

Au terme des deux premiers temps de la consultation contraceptive d'une jeune femme (interrogatoire et éventuel examen), l'entretien doit permettre d'établir **un choix** d'une

[15] BHCG = beta human chorionic gonadotrophin ou hormone de grossesse

méthode de contraception en rapport avec le **désir** de la consultante et **adaptée à ses réalités individuelles.**
Sans submerger la jeune femme d'informations médico-physiologiques, il faut informer sur les **principaux bénéfices** qu'elle peut en tirer. Il faut resituer les éventuels effets secondaires (spotting) et les conduites à tenir en cas d'oubli. Il faut **expliquer le mode d'emploi** pour débuter la première plaquette en permettant de **visualiser** la plaquette ou l'objet contraceptif (patch, anneau vaginal)

A- La réalisation des examens sanguins biologiques

Les examens sanguins biologiques doivent être proposés avec l'assurance que l'utilisation du moyen contraceptif sera mise à disposition rapidement. La réalisation de la prise de sang **ne doit pas subordonner le commencement de la contraception**.
Proposer cette prise de sang ne doit pas se transformer en une **suspicion de danger** qui serait lié à une contraception estroprogestative. Réaliser cet examen biologique correspond à un **bilan de santé** où chaque individu peut présenter des caractéristiques inconnues de lui-même.
Ce bilan biologique est un **gage de sérieux** et de responsabilité vis à vis de **l'autorité parentale**. Le bilan biologique est **financé par le Conseil général** du département, lui-même budgétisé par les impôts des parents. Le Centre de planification assume une **délégation de l'autorité parentale** lorsque l'adolescente mineure consulte un Centre de planification sans l'autorisation de ses parents, de façon anonyme, pour avoir des relations sexuelles et prévenir une grossesse non désirée.
En fonction des disponibilités de l'adolescente inhérentes à sa scolarité, il faut envisager de **trouver la solution** qui préservera **l'anonymat** pour proposer et réaliser le bilan biologique. Cette prise de sang se situera dans **plusieurs scénarios** répondant aux données lors de l'interrogatoire des antécédents personnels et familiaux, et en fonction de la situation clinique.

A-1- Si la jeune femme ne présente aucun antécédent personnel ou familial de maladie métabolique ou thromboembolique, le premier objectif est que soit **commencée la contraception** estroprogestative, en prescrivant d'emblée la pilule choisie.

La prescription de la prise de sang doit être assumée dans le même temps que l'accession au moyen contraceptif.
Il appartient au consultant de donner toutes les indications, en prenant le **rendez-vous au laboratoire** pour que ces examens soient réalisés **à jeun**, **anonymement et gratuitement.**
Ce premier bilan de base comprend : **triglycérides**, **cholestérol** HDL/LDL**, glycémie à jeun**.
On peut y associer, en fonction de l'interrogatoire, en application de la loi Calmat : NFS[16], VS[17], **sérodiagnostics** chlamydia trachomatis, **rubéole** (en envisageant une vaccination si la sérologie est négative), toxoplasmose, herpès, ASLO[18], HIV si cela répond à la demande de la jeune femme.
Les résultats de ses examens **lui seront remis** lors d'une consultation au Centre de planification (ou suivant des modalités qu'il lui appartient de choisir pour respecter le secret médical de la consultation).

[16] NFS = Numération de la Formule Sanguine
[17] VS = Vitesse de Sédimentation
[18] ASLO = Antistreptolysine O

A-2- Si la jeune femme présente des antécédents familiaux de **dyslipidémie**, ou si elle se sait porteuse de **triglycéridémies** ou d'un **cholestérol** total élevé, le bilan biologique doit être effectué **avant** que soit débutée la prise d'une contraception hormonale.
Une fois la prise de sang effectuée, il pourra être commencé une **contraception** hormonale, éventuellement par **Luteran 10** (1 comprimé pendant 24 jours – arrêt 4 jours) ou par **Cerazette** (1 comprimé tous les jours, sans interruption).

A-3- Si à l'interrogatoire il est retrouvé des troubles du cycle qui persistent deux ans après les premières règles, un **bilan hormonal** doit être demandé **avant** la prescription d'une contraception hormonale.
Il faut demander dans un laboratoire (gratuitement et sous le secret médical) :
- le dosage de la **prolactine** (pour éliminer un adénome à prolactine ou la prise de thérapeutiques)
- les **dosages** de : estradiol, progestérone, LH, androstènedione, testostérone.

o
o o

V – ANALYSE DES RÉALITÉS POUR PROMOUVOIR UNE CONTRACEPTION CHOISIE

ou comprendre les raisons pour trouver les réponses a une consultation dans un centre de planification ou d'éducation familiale

A - Principes et objectifs :

Deux principes fondent les objectifs de l'accessibilité à une contraception choisie :
- ♦ permettre aux personnes de **maîtriser leur fécondité** pour assumer des projets de vie, d'épanouissement, assumer une autonomie et une **connaissance de leur sexualité** pour lui donner sens,
- ♦ assumer une responsabilité collective pour fonder une **prévention des grossesses non désirées** ou non prévues des mineures.

A-1 - La réaugmentation des IVG chez les mineures

depuis 1995 (statistiques de la DREES 6 octobre 2005 n° 431)

Chez les 15-17 ans :

Année	1990	1995	2001	2002	2003	2004
Nombre d'IVG	8 751	8 331	10 245	10 722	11 029	11 517
IVG pour 1000 femmes	7,0	7,5	9,1	9,4	9,6	10,0

11 517 IVG ont été déclarées en 2004 chez les **mineures de 15-17 ans**. Elles étaient descendues à 8751 en 1990.

Cette réalité justifie que soit assumée l’obligation de l’Education nationale de **réaliser l’éducation à la sexualité** (loi du 4 juillet 2001) tous les ans, dans chaque classe des collèges et lycées.
L’éducation à la sexualité à l’école permet de resituer la contraception choisie dans un **projet global éducatif** sur la sexualité.
L’accueil et la prise en charge d’une jeune femme mineure dans un Centre de planification devraient théoriquement être précédée d’une démarche éducative sur les **significations et finalités de la contraception choisie** à toutes les étapes de la scolarisation obligatoire.
Les responsabilités des missions de l’École de la république laïque et des missions des Centres de planification sont interpellées par cette réalité épidémiologique. **L’augmentation des IVG** des mineures de plus de **32 %** entre 1990 et 2004 est une réalité qui justifie une prise en compte éducative, sociale, sanitaire, politique.

La demande d’une **consultation** pour une contraception dans un Centre de planification est **l’aboutissement** théorique d’une **prise de conscience**. La contraception sera revendiquée par l’adolescente si elle assimile la **relation sexuelle** pénétrante à un comportement **susceptible d’aboutir à une grossesse**.

Il est aussi une réalité qu’un certain nombre de grossesses précoces chez des adolescentes, sont en rapport avec un **désir implicite** « d’avoir un enfant ». Elles espèrent **stabiliser** leur relation de couple, conserver leur partenaire, acquérir un **statut social**, solutionner leur **échec scolaire,** communiquer avec une **autorité parentale éclatée** par ses propres difficultés sociales et affectives.

A-1-1- Les objectifs théoriques de tous les acteurs d’éducation à la santé

Les objectifs théoriques de tous les acteurs d’éducation à la santé concourent sur le principe implicite qu’il serait possible de *« faire disparaître ou du moins de* ***diminuer*** *très fortement le nombre des* ***IVG par une politique de prévention.*** *Celle-ci serait corrélée à une meilleure* ***information*** *ciblée en direction des jeunes. Cela serait nier toute la* ***dimension psychique*** *qui intervient dans la survenue d’une grossesse « non prévue » (nous hésitons, pour notre part, à employer le terme de « non désirée ») »* - Docteur Nathalie TRIGNOL-VIGUIER (Journée Contraception Sexualité de Bourges du 18 octobre 2007).
« La logique psychique ne suit pas le même cheminement que la logique médicale *et les peurs, en matière de fertilité, d’effets secondaires des médicaments, ou les* ***représentations fantasmées*** *du corps ou de son fonctionnement. Elles constituent autant* ***d’obstacles*** *autour desquels nous pouvons travailler en consultation et, avec le relais de* ***nos partenaires*** *enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux. Nous avons un* ***rôle*** *essentiel* ***pour guider*** *ces jeunes filles, ces femmes dans un choix qui sera le meilleur pour elles, à condition qu’elles aient le choix… Il nous faut toutefois ne pas perdre de vue que ces notions d’information s’adressent au* ***domaine du savoir****, de l’apprentissage, du cognitif, tandis que* ***les élaborations psychiques****, surtout dans le registre de la sexualité, se placent à un* ***niveau inconscient*** *qui ne peut se soumettre aux mêmes règles logiques. Les* ***passerelles*** *entre ces deux domaines sont assez ténues, à nous de faire le lien ou de permettre à nos patientes de le faire »* (Dr Nathalie TRIGNOL-VIGUIER).

A-1-2- Le préservatif

Le préservatif est à la fois **cause d'IVG** et raison de **consultation** dans un Centre de planification. Le Baromètre Santé a témoigné que **85 %** des jeunes ayant **leur premier rapport** entre 2000 et 2005 ont utilisé un **préservatif.**

Pour les adolescentes dont la sexualité est occasionnelle, le préservatif constitue une **méthode « acceptable »** lorsqu'elle est correctement utilisée.

Le préservatif a un **taux d'échec** qui varie de **0,8 % à 22 %** femmes par an. Cet écart de variabilité s'explique par des **erreurs de manipulation** et surtout le possible dépôt de sperme au retrait sur les lèvres et absence de contrôle de la cohalescence.

Les accidents de préservatif : rupture, glissement intra vaginal sont plus fréquents chez les adolescents. Il est très important que ces jeunes disposent du **recours à la contraception d'urgence** en cas d'incident de préservatif. Il est fondamental qu'il ne soit fait **aucun commentaire** et remise en cause de la maladresse masculine.

L'avantage majeur du préservatif réside dans son **rôle de prévention** contre toutes les Infections Sexuellement Transmissibles (**IST**).

B - Justification de l'existence des centres de planification

Après la prévention des grossesses non prévues, la justification de l'existence des centres de planification est la possibilité pour des personnes mineures de **vivre leur sexualité** dans le cadre de la maîtrise de la fécondité « **choisie ».**

La loi permet « aux mineures » de vivre une **autonomie psychique** vis-à-vis de **l'autorité parentale familiale**. Ces mineurs s'adressent à un Centre de planification ou d'éducation familiale. Ils accèdent au droit à **se construire affectivement** dans des relations interpersonnelles en dehors de la dyade parentale.

La loi permet aux mineurs d'appréhender et de **s'approprier la liberté** à disposer de leur sexualité. Ils peuvent investir les **champs de leur sexualité** individuelle. Celle-ci n'est plus assimilée à la peur d'une grossesse non désirée, à une faute, à un « péché originel », à un devoir procréatif pour répondre à une dynamique collective.

Le mineur est reconnu dans son **droit au secret**, à posséder son **intimité psychique** indépendamment de ceux qui l'ont éduqué par le devoir de **parentalité** en décidant de le faire naître **au nom de l'amour adulte**. Le mineur a le droit de vivre « son amour », de **vivre ses plaisirs** par l'autre qu'il a **choisi** et élu dans sa psyché pour **vivre des affects** en les mettant en correspondance avec **des désirs**.

B-1 - La reconnaissance de la sexualité du mineur

La reconnaissance de la sexualité du mineur par la **consultation contraceptive** en Centre de planification devrait théoriquement être l'aboutissement d'une **double démarche éducative**. Celles de la cellule **familiale** et de **l'école** de la république.

L'éducation sexuelle parentale doit avoir permis la reconnaissance de **l'autonomisation psychique de l'adolescent** après ses acquisitions psychosomatiques **pubertaires**.

L'éducation à la sexualité reconnue en tant que **mission de l'école** devrait avoir été assumée tous les ans dans les **classes des collèges** et des lycées. L'éducation à la sexualité par l'école contribue à créer, au cours de l'enfance et de l'adolescence, les **conditions de la liberté** de la personne, et à développer des

attitudes de responsabilités individuelle et collective. Cette éducation est indispensable pour construire des **relations harmonieuses** et **respectueuses** entre les hommes et les femmes ; et combattre les comportements sexistes ou homophobes.

B-1-1- L'éducation à la sexualité institutionnalisée dans tous les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Cette éducation à la sexualité devrait être institutionnalisée dans tous les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté de chaque collège et lycée. Ces Comités avaient mission de définir un programme **d'éducation à la santé** et à la sexualité et surtout la **prévention des comportements à risque**. Ils doivent préparer le plan de prévention de la **violence**. Ils doivent proposer des actions pour **aider les parents** en difficulté et lutter contre **l'exclusion**.

B-1-2- Les résistances et les tabous culturels responsables des tragiques réalités dénoncées en 2007.

Les résistances et les **tabous culturels** à reconnaître la sexualité au centre des projets de prévention, sont à l'origine des **troubles du comportement.** Ils sont responsables des tragiques réalités dénoncées en 2007

- à 15-17 ans, **un quart des jeunes ont été ivres** plus de 4 fois dans l'année ; la boisson pousse à des agressions y compris sexuelles
- la **violence** c'est la multiplication des jeux dangereux, l'apparition du « happy slapping » consistant à **filmer au téléphone portable** une attaque contre une personne et à en diffuser les images.
- La violence c'est **le mal qu'on se fait à soi-même** (de 5 à 10 %), les **scarifications** pour 11 % des filles et 7 % des garçons ; c'est la **hausse des délinquants confiés** à la protection judiciaire de la jeunesse (Quotidien du médecin n° 8260 du mardi 20 novembre 2007 – Adolescents en souffrance).
- **La violence sexuelle** est témoignée dans le Rapport ODAS 2006. Il concerne **19 000 jeunes maltraités** et 79 000 enfants « en risque ».
  4 300 jeunes ont subi des **atteintes sexuelles par des adultes**
  3 400 des **violences psychologiques.** Celles-ci ont doublé depuis 1998.
- Dans son rapport 2007 sur la victimologie, l'observatoire national de la délinquance (OND), recense 230 000 **atteintes sexuelles,** dont **130 000 viols** (pour **8,8 % de plaintes**). Les jeunes femmes de 18-21 ans *« sont de 2 à 5 fois plus victimes que les 20-59 ans »* (enquête ENVEFF).

  Dans la plupart des cas, **les agresseurs sont des hommes « de l'entourage »** de ces jeunes femmes. Dans 13 % des situations, il s'agit d'agressions sexuelles **au sein de la famille**. 15 %, violentées sexuellement, se considèrent en mauvaise santé. Une sur deux s'avoue déprimée, désespérée ; 34 % ayant tenté de se suicider (contre 6 % chez les non maltraitées).

C - L'accessibilité à une contraception choisie à partir d'un Centre de planification ou d'éducation familiale

permet à la jeune femme d'investir plusieurs niveaux différenciés de son destin de personne :

- elle maîtrise provisoirement sa fécondité. Elle dispose d'un droit à délibérer dans son choix à une maternité future désirée. Elle doit être assurée que la contraception n'aura aucune conséquence sur sa fertilité future. La pilule ne sera pas dangereuse pour son enfant imaginaire.
- Elle peut assumer des **projets** de découverte de **sa vie sexuée érotique** et donner **sens au plaisir**
- elle est reconnue dans ses capacités **à se construire psychiquement intérieurement** ; à vivre une relation de **couple** dans des investissements affectifs ; vivre **l'altérité de l'autre** dans la reconnaissance **des désirs** de l'un et de l'autre
- elle dispose du champ de son devenir **de vie sociale** à construire des projets pour s'exprimer, créer, participer à la **maîtrise de son futur** de personne.

VI – LES DEMANDES DE CONTRACEPTION IMPLICITE A PARTIR DE SYMPTOMATOLOGIES MULTIPLES

qui ne sont pas liées directement à une demande de maîtrise de la fécondité

A- Proposer des symptomatologies alibi pour obtenir « la pilule »

L'adolescente ou la jeune femme utilise des **référentiels de symptômes** pour trouver un **lien de communication** avec une structure médicalisée. Ces symptômes peuvent être : des **réalités non verbalisées** jusqu'à ce jour, des **fantasmes** recouvrant d'autres signifiants confus **non dits**, des moyens de communiquer pour **être reconnue et exister**, des raisons pour **traiter une his**toire de tragédies ou de traumatismes enfouis, des revendications pour **se situer** dans l'histoire familiale et parentale, etc.

Ces symptomatologies variées peuvent être : des « pertes gynécologiques », des règles douloureuses, des cycles irréguliers, un non vécu de « rapports sexuels », la croyance en « une stérilité », de l'acné, des seins asymétriques « disgracieux », trop de pilosité, la peur du SIDA, etc.

A-1 – Les « pertes blanches »

peuvent être une raison de s'adresser à un centre de planification pour exprimer une demande de contraception. Cette **formulation détournée** doit être entendue, **analysée**, trouver ses sens pour le consultant, et surtout **ne pas faire l'objet d'une dénégation.**

- **Un prurit génital d'original « mycosique »,** dû à une prise d'antibiotique, est une réalité fréquente. Les démangeaisons inquiètent l'adolescente qui n'a jamais eu de relation sexuelle. La jeune femme exprime un besoin de **soulagement** de ses symptômes qu'il convient de soigner. Elle souhaite trouver une solution à une réalité intime, qui doit être traitée « **secrètement** », et qui sert de **médiation-communication avant** de s'engager dans **une relation sexuelle** pénétrante désirée. Il faut

savoir traiter l'inflammation étiologiquement et aussi proposer une contraception implicitement attendue.

- « Les pertes blanches » peuvent aussi n'avoir **aucune réalité objective symptomatique.** Mais il faut aussi savoir entendre : qu'il y a peut-être une correspondance avec **une culpabilité** ou une **relation** sexuelle plus ou moins subie, acceptée, **angoissante**. Elles peuvent être en correspondance avec un **besoin d'examen somatique gynécologique.** Elles sont le témoignage du souhait de bénéficier **d'un prélèvement pour « rassurer »** et qui mettra peut-être en évidence la présence de la bactérie **chlamydia trachomatis** portée asymptomatiquement.

- « Ces pertes blanches » justifient une **prise en charge diagnostique** d'un facteur infectieux, mais aussi l'inquiétude d'une **possible grossesse débutante.**

- **« J'ai des pertes »** doit être entendu dans ses multiples signifiants. Il peut s'agir d'une demande **d'examen gynécologique** ; de réaliser la mise d'un **spéculum** pour se témoigner en tant que corps de femme qu'elle peut être examinée. Cela peut cacher des **douleurs pelviennes profondes** que « l'on ne peut pas dire » et aussi de **rapports douloureux** après l'intromission. Il est important de réaliser le **toucher pelvien** afin d'identifier la localisation de la douleur pour lui trouver une **éthiologie** : **infection** ovarienne, **salpingite, dystrophie** ovarienne, utérus rétroversé douloureux, douleur **localisée** dans le paramètre d'un syndrome de Master-Allen (très rare chez une adolescente).

A-2 – « Les règles douloureuses » ou dysménorrhée

Proposer ce symptôme, c'est demander implicitement « la **pilule** » **qui a soulagé** telle camarade. Il est important de faire préciser le **moment** de douleur maxima, en début ou fin de règles. Lorsqu'il s'agit d'une douleur croissante, maximum à la fin des règles, il faut envisager **une endométriose**. Celle-ci sera soulagée par un **progestatif pur** (Surgestone 0,500) à la prise de 24 jours – arrêt 4 jours. La dysménorrhée disparaît. Souvent on enregistre une **absence de règles**. L'adolescente doit être informée que cette méthode est contraceptive. Si elle n'a jamais eu de rapports sexuels, il lui appartient de délibérer sur le moment de choisir le moment de ses premiers rapports qui pourront être assumés sans être associés « à la douleur ».

A-3 – « Les cycles irréguliers »

Des adolescentes consultent un centre de planification pour « régulariser leurs règles par la pilule ». Un certain nombre a déjà eu des rapports sexuels, et beaucoup d'entre elles **n'établissent pas de relation** avec la possibilité d'une **fécondation possible**. Pour ces jeunes femmes la fécondité est liée à la régularité des cycles. Elles ignoraient que **l'apparition des règles** était liée à une **stimulation oestrogénique** de la muqueuse utérine **sans ovulation**. Ces premiers cycles **anovulatoires** peuvent se transformer en cycle avec émission d'ovulation suivie d'une sécrétion de progestérone par le corps jaune (et d'une grossesse non prévue).

- **Si l'adolescente n'a pas eu de rapports sexuels** et ne souhaite pas en avoir, il est préférable de **régulariser les cycles** par la prise de Duphaston 10 pendant 14 jours – arrêt 14 jours ; pendant six mois. A

tout moment, si la jeune femme souhaite s'engager dans un vécu sexuel, **elle doit être assurée qu'on lui délivrera « cette pilule contraceptive** », gratuitement, anonymement et sans autorisation parentale.

- **Si l'adolescente est réglée** depuis un an, et présente des règles **tous les 3 à 4 mois,** il faut impérativement demander un dosage de la **prolactine** le matin. Il faut éliminer un adénome à prolactine ou une prise médicamenteuse. En cas de prolactine élevée il faut **éliminer l'adénome** en réalisant une exploration **par IRM** et demander **un fonds de l'œil** et une exploration du champ visuel. Si les parents ne peuvent pas être mis au courant, les explorations seront assumées dans le cadre des **missions du centre de planification**. Si la jeune femme souhaite avoir des relations sexuelles, elle sera contraceptée par un **progestatif** type : Cérazette, Surgestone, Lutényl, Luteran 10.

- Si l'adolescente est réglée depuis 18 mois, a des rapports sexuels, des règles **toutes les 5 à 6 semaines** et si la prolactine est normale : il est souhaitable de répondre à la demande d'une **contraception estroprogestative**. Il est préférable de commencer par une **pilule de 3ème génération** afin d'utiliser un progestatif qui agira sur la **dystrophie ovarienne** en inhibant et bloquant puissamment les ovulations. Il faudra informer la jeune femme qu'elle présentera, dans un certain pourcentage, à nouveau des cycles irréguliers à l'arrêt de sa pilule ; mais **qu'elle pourra avoir un enfant,** si elle ne s'est pas infectée par chlamydia trachomatis.

A-4 – Un non vécu de « rapports sexuels »

Depuis une décennie, de nombreuses jeunes femmes mineures s'adressent à un **centre de planification** pour l'obtention d'une contraception alors qu'elles n'ont **pas encore eu de relation** sexuelle pénétrante.

C'est le principe **d'accueil anonyme**, de la consultation gratuite et de la protection du **secret** caractérisant le centre de planification, qui amène ces femmes à exprimer leurs souhaits, leurs interrogations, leurs réalités à **vouloir décider et choisir**.

Il n'y a **pas toujours corrélation** entre les témoignages verbalisés sur les « **flirts** », les affirmations sur la **sexualité** entre hommes et femmes et la réalité de la **consommation totale** de l'acte sexuel. Les apparences existentielles ne sont pas toujours en rapport avec les **pratiques supposées**. Une majorité de jeunes donnent sens à leur engagement premier dans un « amour total ».

L'enquête « Contexte de la Sexualité en France » de 2006 de l'INSERM[19], témoigne, qu'en un demi siècle, l'âge médian des femmes au **premier rapport** sexuel – initialement plus élevé que pour les hommes - s'est abaissé de trois ans, passant de 20,6 ans à 17,6 ans. *« Il en résulte un **rapprochement** des âges des hommes et des femmes au premier rapport ».* *« Il n'y a plus aujourd'hui que quelques mois de différence : soit 0,4 an ».* *« Ce sont les femmes qui ont vécu les plus grands **changements** : ils se sont produits dans les **années 1960**. La baisse de l'âge au premier rapport a donc débuté **avant** que les moyens de **contraception médicale** ne se diffusent »* (Nathalie BAJOS) *« Les évènements de 1968 ont exprimé des **changements** qui étaient déjà **en train de se produire** ».*

[19] INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

*« Dans les années **1980 et 1990**, alors que l'infection à VIH se diffuse, l'âge au premier rapport se **stabilise** pour les hommes, comme pour les femmes ».*

Etant donné cet âge de **17,6 ans** pour le premier rapport sexuel de **50 % des femmes** d'une tranche d'âge, il est naturel que les centres de planification les accueillent pour se situer dans leur besoin de contraception. 25 % d'entre elles ont déjà eu des rapports et 25 % en auront dans les années à venir.

Ces femmes dites « vierges » dans le langage des générations antérieures, expriment très souvent leur **revendication** contraceptive à partir d'une **autre justification**. Il appartient à l'accueillant de savoir entendre qu'il n'y a jamais eu de rapport. L'**acné** est souvent un alibi pour obtenir « une pilule » pour le traiter.

Il arrive que la jeune femme « dite vierge » demande un examen gynécologique pour **se rassurer de son intégrité hyménale** ; il est très important de réinformer sur la **multiplicité** des morphologies et **comportements des hymens** lors des premiers rapports.

Il est légitime de satisfaire le **besoin de contraception** de ces jeunes femmes, si tel est leur souhait, au nom de **leur liberté**. Elles doivent être assurées que la prescription **sera poursuivie**, même si elles n'ont pas eu de relations pénétrantes au bout de six mois.

A-5 – La croyance en « une stérilité »

La crainte de ne pas pouvoir « **avoir un bébé** » peut être sous-jacente à l'inquiétude de demander une contraception efficace. La jeune femme n'a pas la preuve qu'elle peut devenir enceinte. Cette peur peut articuler les motivations à refuser la pilule à qui la femme oppose des **effets secondaires** ou néfastes à la santé.

L'inquiétude de stérilité peut reposer sur diverses raisons : une femme de **l'entourage généalogique** direct a été stérile, des **relations sexuelles précoces** n'ont pas abouties à une grossesse. Il y a association fantasmée de pilule à stérilité, peur de la mort par le sida ou les IST[20].

L'adolescente peut avoir mal supporté les inquiétudes **d'une mère** qui a rencontré des difficultés à la **concevoir**. Elle peut croire à une « **hérédité** » de la stérilité dans sa fantasmatique.

Il est fréquent que des relations sexuelles, dans un contexte de **cycles anovulatoires**, n'aient pas été sanctionnées par une fécondation et que l'adolescente se vive comme « stérile ».

Il existe une culture transmise **erronée** où la « pilule hormonale » est associée aux cancers et à la stérilité. La stigmatisation de **la peur des hormones** instrumentalisée **pour interdire** ou déconseiller la contraception efficace médicalisée, alimente des croyances erronées.

La peur des IST et du sida peut créer des **amalgames** irrationnels où la relation sexuelle devient **culpabilité** et inquiétude. La croyance remplace la raison. La **stérilité** devient imputable à la pilule qui permet la relation sexuelle sans « risque » de grossesse ; et non à **l'agent infectieux** véritablement responsable étiologiquement.

La méconnaissance du concept culturel des **IST sans symptôme,** ou du portage possible sans qu'il le sache de la **bactérie chlamydia trachomatis** par le partenaire, rend possible toutes les possibilités d'associer pilule contraceptive à stérilité.

[20] correspondent aux anciennes dénominations de Maladies Sexuellement Transmissibles, ou maladies vénériennes

En 2008 nous savons qu'il n'existe pas de risque d'infertilité en relation avec la contraception hormonale. C'est le **non diagnostic** et le non traitement de la **chlamydiose** qui rend stérile.

« Il est maintenant prouvé depuis plusieurs dizaines d'années que l'inhibition de l'ovulation par les estroprogestatifs est strictement ***réversible*** *à l'arrêt du traitement* » (G. Robin – Gynécologie Obstétrique Fertilité).

L'aménorrhée (absence de règles) post pilule chez l'adolescente n'est pas plus fréquente que chez l'adulte. Elle est **indépendante** du type de pilule et de la durée de prise.

A-6 – L'acné, les pilosités abondantes

Nombre d'adolescentes vivent mal leur post puberté et les acquisitions de certains caractères sexuels secondaires. Elles n'acceptent pas cette image corporelle de l'acné, de la séborrhée, d'une pilosité qu'elles jugent abondante. Elles **se sentent « laides »,** non séductrices, « dévaleurisées ».

Elles veulent reconquérir une autre image en trouvant des solutions. Elles se transmettent entre elles la **solution de « la pilule** » qui améliore l'acné.

Ces adolescentes s'adressent aux centres de planification pour obtenir gratuitement « ces pilules » qui améliorent l'acné et qui **ne sont pas remboursées** par la sécurité sociale.

La raison de la demande de consultation doit être resituée dans une recherche d'une **symptomatologie possible d'une hyper androgénie**. Un **hirsutisme** associé à de l'acné peut justifier un bilan hormonal avant la prescription d'un traitement.

Lorsque des **troubles du cycle** remontent à plus de deux ans après les premières règles, associés à de l'acné et de la séborrhée, il faut réaliser un **bilan hormonal** pour un diagnostic étiologique.

Le syndrome des **ovaires polymicrokystiques** est une cause principale. Il représente près d'un tiers des hyper androgénies de l'adolescente.

Le traitement de première intention d'une hyper androgénie **modérée** est la prescription de contraceptifs oraux qui vont **freiner** la **sécrétion d'androgènes** par les ovaires ; et, par ailleurs, vont diminuer la **fraction libre** des androgènes circulants par augmentation des taux de SHBG (Sex hormone-binding globulin).

- On prescrit des **pilules de dernière génération** contenant des **progestatifs** les moins androgéniques :
  - le **désogestrel** (Mercilon, Varnoline, Cycléane)
  - le **gestodène** (Harmonet, Méliane, Mélodia, Minesse, Moneva)
  - le **norgestimate** (Effiprev, Triafémi, Tricilest)
- D'autres pilules estroprogestatives contenant de la **drospirénone** (Jasmine, Jasminelle, Jasminelle-continu), ou de **l'acétate de chlormadinone** (Belara), sont d'une « aide précieuse » car ces progestatifs possèdent une activité anti-androgénique directe.

- Le progestatif le plus anti-androgénique est **l'acétate de cyprotérone** ; l'association estroprogestative est commercialisée en France sous le nom de Diane 35.

- Pour la prise en charge d'une hyper androgénie plus sévère, on utilise des traitements spécifiques tels que l'acétate de cyprotérone (Androcur)

A-7 – Les « boules dans les seins », les seins asymétriques et douloureux

En raison des caractères : confidentiel, secret, gratuit de la consultation en centre de planification, des adolescentes viennent exposer leurs préoccupations, leurs symptomatologies concernant leurs seins. Leur objectif est d'être rassurées, soulagées et tout particulièrement si elles n'ont eu que des relations sexuelles épisodiques, non régulières ou inexistantes.

Des adolescentes consultent pour la non acceptation d'une appréciation d'une certaine asymétrie modérée entre leurs deux seins. Elles se vivent disgracieuses, **n'acceptent pas la morphologie de leurs seins** : « pas assez ou trop développés ».

Les symptomatologies sont induites par la période **d'hyperestrogénie relative** de la puberté, condition indispensable au développement et à la maturation de la glande mammaire. Ce terrain hormonal est propice à la survenue des **masthopathies bénignes** : **fibroadénomes** et **dystrophies fibrokystiques**, qui sont les plus fréquentes chez les femmes d'âge reproductif.

A-7-1- Qu'est-ce qu'un adénofibrome ?

Une jeune femme consulte pour une petite tuméfaction qu'elle a perçue dans un sein. **Cette « boule** » unique, élastique, **indolore**, de volume modéré (3 à 4 cm de diamètre), est parfaitement lisse, **régulière** et limitée.

La mammographie montre **une image unique**, sphérique ou polylobée, **à limite nette**. La certitude de bénignité est apportée par l'exérèse chirurgicale.

Les fibroadénomes, dans leur forme pure, ne constituent pas un facteur de risque de cancer du sein.

La fréquence des fibroadénomes diminue ou n'augmente pas chez les utilisatrices de pilules estroprogestatives

A-7-2- La dystrophie fibrokystique des seins (DFK)

est la plus fréquente des maladies bénignes du sein. Elle se manifeste plutôt vers la **quarantaine**. Elle associe à des degrés divers : des **kystes** de diverses tailles, des « zones **d'hyperplasie** épithéliale », une sclérose du tissu conjonctif, une adénose.

Elle est la conséquence d'un **déséquilibre estroprogestatif** et/ou est de caractère génétique familial.

Il existe un **effet protecteur des pilules** estroprogestatives qui s'exerce en substituant un bon climat hormonal au déséquilibre estroprogestatif endogène préexistant.

A-7-3- La mastodynie ou la douleur des seins

est caractéristique des dysplasies mammaires bénignes. Elle débute par une **douleur** typiquement **bilatérale et prémenstruelle** (avant les règles). Au fur et à mesure de son évolution, la douleur s'étend à tout le cycle avec formation de **placards sensibles** à surface grenue, prédominant au niveau des quadrants supero-externes. Cette symptomatologie est une affection fréquente survenant aux alentours de la **trentaine**.

A-7-4- Comment répondre au besoin de contraception chez une jeune femme qui présente des symptomatologies de mastopathies bénignes ?

Les **progestatifs** se justifient dans les mastodynies bénignes du fait de leur action **anti-estrogène** sur les capillaires, avec action **anti-œdémateuse**, et de leurs propriétés **anti-inflammatoires** conjonctives.

A-7-4-1- Il est déconseillé d'utiliser les estroprogestatifs anticonceptionnels classiques. On s'oriente vers les **macroprogestatifs**.

Pour une meilleure efficacité, le traitement doit être prescrit à **posologie antigonadotrope**, pendant au minimum **20 jours par mois** (24 jours de prise – arrêt 4 jours ou 21 jours avec 7 jours d'arrêt) :

- des progestatifs norstéroïdes type **Orgametril** (2 c/j)
- des progestatifs norprégnanes : **Surgestone** 500 (1 c/j) Lutenyl 5 (1 c/j)
- dans les mastodynies essentielles peu sévères : le **Luteran** 10 (1 c/j)

Ces derniers ont fait la preuve de leur **innocuité** métabolique, tensionnelle et vasculaire, et surtout de leur pouvoir **antigonadotrope**.

A-7-4-2- Il n'est pas recommandé de prescrire :

- les micropilules progestatives pures en continu Microval ou Milligynon)
- les pilule estroprogestatives combinées à climat estrogéniques dominant (ce sont les pilules fortement dosées en estrogène ou triphasique)

A-7-4-3- Si la mastodynie est sévère :

- on établit dans un premier temps une contraception **progestative normodosée** discontinue (Surgestone 0,500, Lutényl, Orgamétril), pendant une période plus ou moins courte (trois à six mois).

- **On passe ensuite** à une pilule estroprogestative normodosée ou minidosée à climat **progestatif dominant** :

- **Planor** (AMM en endométriose et en contraception mais n'est plus mentionnée dans le dictionnaire Vidal 2006)

- **Miniphase** (remboursée par la sécurité sociale) ou **Adépal**

- Une pilule estroprogestative contenant moins de 20 mcg d'etinylestradiol ou celles à base de drospirénone (**Jasminelle**)

°

° °

VII - CHOISIR UNE CONTRACEPTION EFFICACE CONCILIANT LA MEILLEURE OBSERVANCE POUR LA FEMME

Le principe d'une méthode de maîtrise de la fécondité est de répondre à des critères **d'efficacité** et de ne représenter qu'un **minimum de contraintes.**
La contraception **acceptée** et utilisée volontairement permet de **différer l'enfant imaginaire « désiré »** pour se consacrer :

- à l'épanouissement de sa vie sexuelle,
- à des apprentissages scolaires de formation,
- à des activités sociales professionnelles pour élaborer les conditions d'une indépendance économique et recevoir l'enfant dans un foyer,
- à construire un couple avec une personne pour partager des affinités électives singulières sur le sens du féminin et du masculin au travers d'un idéal de maternité et de paternité**.**

Toute méthode contraceptive est confrontée dans son utilisation à différents facteurs :

- aux circonstances qui l'on fait connaître pour y accéder,
- aux réalités scolaires et sociales du quotidien,
- au vécu de la vie affective et sexuelle,
- aux aspirations et à des réalités existentielles du ou des partenaires masculins.

En 2008, 50 % des femmes ont leur premier enfant à l'âge de 30 ans.
Elles ont eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 17 ans. Pour cette population de femmes, la contraception, ou plutôt le **moyen contraceptif utilisé** a été **confronté aux aléas** : de l'existence, des crises affectives, des échecs sociaux d'intégration, aux moyens économiques disponibles à consacrer à la maîtrise de la fécondité.

En 2008, une adolescente ou une jeune femme mineure est confrontée à ce « bruit de fond » sur une **campagne grand public sur la contraception**. Elle doit intégrer une **nouvelle norme sociale** qui n'avait pas été vécue sous cette forme par sa grand-mère. Cette aïeule a dû revendiquer pour que la contraception devienne **un droit accessible**. Elle a dû affronter le machisme politique sexiste des hommes remis en cause dans leurs propres certitudes et inquiétudes.

La loi Neuwirth a été votée en 1967 sous la présidence du Général de Gaulle ; François Mitterrand était député.
La loi Veil sur l'Interruption Volontaire de Grossesse fut votée en 1975 sous la présidence de Valéry Giscard d'Estaing. Sous son septennat furent obtenus la **majorité civile à 18 ans** et le divorce par consentement mutuel.
Les lois sur la contraception et l'IVG furent votées par des élus de droite et de gauche dans une république dont le préambule de la constitution est laïc et social.

En 2008, lorsqu'**une jeune femme mineure s'adresse à un Centre de planification ou d'éducation familiale**, elle est en confrontation avec des cultures sociales revendicatives antérieures et des normes sociales émergentes. **Le mariage et la famille** expriment des **univers et des symboliques** évolutives, mais aussi de **nouvelles expressions existentielles** qui peuvent apparaître **décalées** entre les générations.

Avant la contraception efficace, dans la décennie soixante, le mariage était l'institution qui permettait la réalisation des relations sexuelles pour la majorité des personnes (même si existaient des naissances hors mariage). En 2008, le mariage exprime d'autres signifiants qu'en 1940.
En 2008, une adolescente demandeuse d'une contraception est confrontée à des **normes culturelles et exigences** qui n'étaient pas celles de sa grand-mère. Elle doit être : « **responsable** », **réussir** à l'école, exprimer « une personnalité », manifester un statut d' « **autonomie** », comprendre les aspirations « des hommes » et « des garçons », « être **une femme indépendante** », « être un deuxième sexe », « être **une future professionnelle** ».

En 2008, une adolescente est en confrontation à **plusieurs représentations culturelles de la contraception** : celle de ses **parents**, celle d'une communication **médiatique** « imposée », dite **préventive**, celle du **groupe** de « copines » avec lesquelles elle partage des fantasmes au travers d'imaginaires, celle des garçons et des **jeunes hommes** qui veulent la séduire ou la posséder, celle des peurs, des **tabous**, celle d'une **société duale** génératrice d'exclusions, de **communautarismes**, de **précarités**, confrontées à des groupes sociaux nantis, consommateurs égoïstes enfermés dans les illusions de la **peopolisation**.

En 2008, cette adolescente doit **assumer des exigences de désirs**, aspirations, des besoins de se réaliser, de vivre, de réussir quelque chose qu'il lui faut définir, se situer dans des réalités qu'elle a beaucoup de mal à maîtriser. Il lui faut accepter de **vivre au travers d'un corps de femme inconnu** à partir de son histoire singulière d'une jeune fille qui a traversé les transformations et les vécus **d'une image du corps** toujours en renouvellement.

Elle sent et supporte d'énormes pressions sociales, familiales, culturelles, déterminants économiques. En réalité il lui faut réussir à concilier ses aspirations à être une **personne sexuée**, à réussir à construire des **conduites de séduction** pour recevoir et partager, à comprendre les aspirations de **l'ordre du masculin**.

Accepter d'utiliser une méthode efficace de maîtrise de la fécondité est l'aboutissement de plusieurs **cheminements d'acceptations culturelles**, d'investissements dans la **compréhension** de dialectiques sur des **fonctions biologiques naturelles** et surtout de trouver des **correspondances** avec les aspirations aux plaisirs au travers des désirs.
Utiliser une contraception efficace c'est se soumettre à un ordre de **rationalité** pour établir une **résultante entre des facteurs** : psychologiques, émotionnels, affectifs, des peurs ou inquiétudes dissimulées ou enfouies ; des réalités : scolaires, sociales, professionnelles.

La multiplicité des facteurs qui concourent à la revendication individuelle d'utiliser une contraception, détermine les **conditions aléatoires** pour utiliser la méthode. Il **en résulte** au quotidien dans l'utilisation : des **oublis**, des actes manqués, des résolutions de contradictions, des décisions de suspension pour répondre à des exigences surgissantes, des affirmations de **besoins fantasmatiques**, de réalisations idéales.

Quelle que soit la méthode, **la psyché exprime et traduit** toujours des raisons pour rendre inopératoire une méthode de contraception difficilement acceptée et décidée dans une conjoncture spécifique qui a évolué ou n'est plus la même.

La méthode de contraception la plus efficace pour une femme, est celle qu'elle a choisie, mais surtout celle qui lui **donne confiance** en elle-même ; où elle n'a pas le sentiment d'être : infantilisée, un objet de suspicion dit « irresponsable » qui ne comprend pas la chance de bénéficier d'un tel progrès des techniques médicales.

La méthode efficace de contraception pour une femme est celle où elle **se sent bien pour réaliser ses projets**, trouver **du sens** en ce qu'elle fait, qui lui permet de **se construire** psychiquement, affectivement, socialement.

La contraception de l'adolescente ou de la jeune femme mineure s'intègre dans la **reconnaissance de la personne** en tant qu'individualité porteuse d'une histoire spécifique qui a besoin d'exprimer des projets qui lui appartiennent.

La contraception efficace de l'adolescente est celle qui lui permet **d'affronter les épreuves** de l'existence dont elle cherche le sens, découvre les gratifications au travers des **conquêtes de séduction** et l'obtention des découvertes de l'autre et d'elle-même.

Les Centres de planification disposent d'un large éventail de méthodes contraceptives hormonales pour répondre aux besoins de choix d'une jeune femme mineure

A – Les pilules estroprogestatives à prise de 21 comprimés avec arrêt de 7 jours

Des adolescentes ont été **mises en confiance** par d'autres femmes qui utilisent cette présentation. Ces pilules ont souvent été prescrites parce qu'elles sont **remboursées par la sécurité sociale**. Elles sont facilement **accessibles** par leur **faible coût**.

Ces pilules sont souvent bien supportées parce qu'elles ne présentent **pas d'inquiétude de renouvellement** par un autre médecin, ou un autre Centre de planification.

Le bon sens justifie de prescrire ou de renouveler ces pilules si elles sont bien tolérées, revendiquées par une femme, même si le consultant ne les aurait pas proposées d'emblée en première intention.

Un consultant de Centre de planification doit **se préoccuper de la continuité de la prescription** proposée dans un autre site que celui où il officie.

En 2008, lors du renouvellement d'une contraception hormonale pour six mois ou un an, il est judicieux de réaliser une **ordonnance** d'un comprimé de **Norlevo** 1,5 en tant que **contraception d'urgence**. Celle-ci pourra être utilisée en cas d'oubli. L'oubli est

un phénomène humain qui ne doit pas être culpabilisé, mais justifie une réponse adéquate.

Mineure, une jeune fille pourra obtenir son Norlevo gratuitement, anonymement dans toute pharmacie. Majeure, la femme pourra être remboursée par la sécurité sociale de sa contraception d'urgence. C'est par l'ordonnance de Norlevo, que la femme se rappellera qu'il existe une solution à l'oubli de pilule.

Lorsque le **consultant** d'un Centre de planification prescrit une pilule avec **arrêt de 7 jours** (Jasminelle, Harmonet, Méliane) **non remboursée par la sécurité sociale** à une femme mineure de 17 ans, il **doit s'engager** à poursuivre **la prescription-délivrance** gratuitement et anonymement à la **majorité de la jeune femme**.

Il est regrettable que la femme soit obligée d'arrêter sa pilule non remboursée, en raison de l'existence d'un vide législatif (et non d'un interdit) en ce début de 2008.

B – Les pilules estroprogestatives en prise continue de 28 jours sans interruption

Ce sont les pilules : Minesse, Mélodia, Varnoline continu (depuis mars 2008 existe Jasminelle continu). Elles ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. Elles sont délivrables par l'intermédiaire des Centres de planification. Elles sont financées par les conseils généraux.

Ces pilules sont aujourd'hui bien connues dans leur principe de non interruption par les jeunes femmes. Elles en revendiquent la délivrance sous le prétexte de la crainte d'un oubli, mais surtout de n'avoir pas de difficulté pour calculer l'arrêt de 7 jours et à la reprendre.

Ce mode de présentation permet une meilleure observance. Ces pilules sont monophasiques et en cas d'inversion de prise, cela n'a aucune conséquence.

Ces pilules de 28 jours en continu monophasiques facilitent le « Quick Start ».

Le Quick Start est une méthode qui vise à améliorer l'observance, en **diminuant la période d'attente** entre la première consultation et la première prise de l'estroprogestatif.

Après avoir éliminé une grossesse, on propose à la jeune femme de débuter la prise du premier comprimé (à Début) le **jour même de la consultation**, quel que soit le jour du cycle.

La femme est informée de la nécessité **d'utiliser des préservatifs pendant la première semaine**. Elle peut présenter des petits saignements (spottings) pendant la première plaquette. Cette méthode est maintenant très bien acceptée par les adolescentes. Elle **évite des IVG** après prescription d'une contraception à débuter au premier jour des règles et qui n'a pas pu être commencée en raison de l'engagement sexuel prématuré sans contraception.

C – Une contraception estroprogestative transdermique

Depuis 2006 les femmes disposent d'une contraception estroprogestative transdermique.

Le patch contraceptif « Evra » permet une administration **hebdomadaire**. Il est

changé tous les 7 jours. Il constitue une solution pour les femmes qui ont crainte d'oublier. Il peut être proposé à une **adolescente volontaire** comme première contraception.

Le patch Evra délivre quotidiennement 150 mcg de norelgestromine comme progestatif (métabolite actif du **norgestimate**), et **20 mcg** d'éthinylestradiol. Il est mis en place pour une semaine, et ainsi pendant **trois semaines consécutives** sur quatre. Une semaine sans patch permet l'obtention de règles. Le patch contraceptif est **appliqué sur une « peau propre,** sèche et saine **»,** sur les fesses, l'abdomen, la face externe du bras ou la partie supérieure du thorax. A chaque changement de patch, on **alterne le site** d'application.

Lorsqu'il s'agit d'une première contraception, le premier patch est posé le premier jour des règles. Ce patch délivre suffisamment d'hormones pour couvrir les sept jours prévus. Il assure en fait des taux plasmatiques de stéroïdes contraceptifs suffisants pour inhiber l'ovulation pendant **neuf jours**.
Ce mode d'administration hebdomadaire est moins contraignant que la prise d'une pilule tous les jours. Il améliore considérablement **l'observance**. L'efficacité est comparable aux estroprogestatifs oraux. Mais elle devient moindre lorsque le poids de la femme dépasse 90 kg.

La femme doit être informée d'un possible vécu d'une augmentation de fréquence des **mastodynies** (seins tendus douloureux) dans les jours suivant la pose d'un nouveau patch. « La voie transdermique en contraception semble prometteuse ».
« Un **futur patch** estroprogestatif au **gestodène** (Fidencia) sera probablement bientôt disponible. Il est matriciel, hebdomadaire, transparent et de petites dimensions (10 cm2 au lieu de 20 cm2 pour Evra) (David SERFATY et C d'ARCANGUES). « La contraception du futur » (MASSON).

D – Les anneaux vaginaux contraceptifs estroprogestatifs

Cette nouvelle méthodologie contraceptive peut être adoptée par les femmes qui ont du mal à prendre régulièrement leur pilule. Mais l'**oubli** ne peut pas constituer la seule motivation d'appropriation de cette méthode.
L'anneau vaginal doit surtout être présenté comme **facile à mettre en place et à ôter**. La femme doit le vivre comme un témoignage de sa liberté et de son autonomie, même lorsqu'elle est mineure.

Cette contraception est associée à un **excellent contrôle du cycle** et à une accessibilité très satisfaisante par les utilisatrices et par leur partenaire. L'anneau vaginal à la **même efficacité** que la pilule estroprogestative. La **pose mensuelle** de l'anneau vaginal est un avantage potentiel par rapport à l'utilisation quotidienne de la pilule.

D – 1 – Le Nuvaring

est un anneau vaginal qui convient particulièrement aux femmes qui ont besoin d'une contraception **faiblement dosée**, **efficace** et bien **tolérée**.

Le Nuvaring est un anneau contraceptif **souple**, transparent, de 54 mm de diamètre externe et de 4 mm de diamètre de section. **Placé dans la vagin**, cet anneau libère, en moyenne quotidiennement pendant trois semaines consécutives : 15 mcg d'éthinylestradiol et **120 mcg d'étonogestrel** (métabolite actif du desogestrel).

Le vagin est une voie d'administration de médicaments depuis 20 ans. Il permet d'obtenir des **taux sanguins de stéroïdes (hormones) stables** ; ce qui évite les fluctuations plasmatiques quotidiennes de la voie orale. On utilise de **très faibles doses** d'hormones et l'administration n'est que mensuelle, au lieu d'être quotidienne.

Nuvaring **évite** les éventuels **troubles digestifs** (vomissements, diarrhée) qui pourraient affecter l'efficacité de la méthode.

L'anneau est mis en place dans le vagin pour une **durée de trois semaines** sans interruption Il est **retiré**, au terme de ces 21 jours, pendant **une semaine**. Les règles surviennent pendant l'intervalle de temps sans anneau. La mise en place et le retrait de cet anneau se font **le même jour de la semaine.**

Pour placer Nuvaring « la femme choisit la **position** qui lui convient le mieux : debout, une jambe relevée, accroupie ou couchée. Elle **pince** l'anneau et l'insère dans le vagin (comme un tampon) ». « Pour retirer l'anneau, la femme **crochète** avec un doigt ou le pince entre l'index et le majeur » (D.SERFATY). Pendant ces 21 jours, l'utilisatrice de cet anneau **peut utiliser des tampons** ou des traitements vaginaux. L'efficacité de ce contraceptif n'est pas affectée par le traitement des vaginites.

D – 2 – D'autres anneaux vaginaux

Seul Nuvaring est disponible en France en 2008. « **D'autres anneaux vaginaux** diffusant, soit des estroprogestatifs tel que l'anneau à la nestorone, soit des progestatifs seuls, soit d'autres stéroïdes, sont en cours d'étude ».

E – La contraception injectable prochainement en France

Déjà utilisée et disponible dans 35 pays, l'injection **mensuelle** d'un estroprogestatif (**Lunelle ou Cyclofem)** permet un bien meilleur contrôle du cycle. Elle est mieux tolérée sur les plans clinique, métabolique et osseux que le Depo-Provera (actuellement disponible en France).
« **Lunelle** » contient 25 mg de dépôt d'acétate de **medroxyprogesterone** et 5 mg de cypionate d'estradiol.
Lunelle peut être une indication sur la demande volontaire de la femme en cas de **mauvaise observance de la contraception orale.**
Son inconvénient majeur : c'est une méthode **astreignante**, il faut faire une injection intramusculaire par mois.
En octobre 2000, Lunelle a été approuvée aux Etats-Unis par la F.D.A. (Food and Drug Administration).
Elle agit essentiellement par inhibition de **l'ovulation**. Elle a une **bonne tolérance** clinique, métabolique et hémostatique. Après arrêt elle présente une réversibilité rapide (taux de conception à un an : 82,9 %). (D.SERFATY).
« La mise au point d'un dispositif permettant une **auto-injection** sous-cutanée de Lunelle est en cours de développement ». Elle rendra cette contraception plus commode et plus attractive.

Un système d'injection a été mis au point pour éviter tout risque de réutilisation de la seringue ou de l'aiguille. C'est « Cyclofem » sous forme d'Uniject.

F – L'implant sous-cutané à l'étonogestrel ou Implanon

En cinq ans la France serait devenue détentrice du record mondial d'utilisation de ce contraceptif. Il est **remboursé** à 65 % par la sécurité sociale. Il offre une sécurité contraceptive continue sur **trois ans**. Il est proposé aux femmes en inquiétude d'oubli de leur pilule. Il peut apparaître comme une méthode « coercitive » pour les femmes qui sont en « récidive » d'IVG.

Cet implant se présente sous forme d'un bâtonnet cylindrique, flexible, non biodégradable, de 4 cm delong et de 2 mm de diamètre. Il comprend un noyau et une membrane. Le noyau est compose de **cristaux d'étonogestrel** dispersés dans une matrice.

Cet implant contient 68 mg d'étonogestrel qui est le métabolite biologiquement actif du **desogestrel.**

L'effet contraceptif repose principalement sur **l'inhibition de l'ovulation** par écrêtement du pic de LH. Son efficacité est renforcée par des modifications du **mucus cervical** qui s'oppose au passage des spermatozoïdes.

L'effet contraceptif est **immédiat** quand il est inséré dans les cinq premiers jours du cycle ; il disparaît dans la semaine suivant le retrait.

L'efficacité est proche de 100 % chez les adolescentes dont l'IMC est inférieur à 25. « Au-delà, le renouvellement de l'implant doit être plus précoce : environ tous les deux ans.

Le principal **inconvénient** est sa tolérance clinique ; celle-ci reste très variable. Certaines femmes gardent des cycles réguliers mais une majorité sont en **aménorrhée** (absence de règles) ce qui inquiète. 10 % présentent des **spottings (saignements irréguliers**), phénomène difficilement contrôlable et particulièrement inconfortable. Il en résulte des demandes de **retrait** rapide.

Le degré d'acceptabilité des saignements associés à ce contraceptif est amélioré par une bonne information préalable des utilisatrices.
Cet implant a un **effet bénéfique sur la dysménorrhée** (règles douloureuses). Il présente une **bonne tolérance** vis-à-vis de la prise de **poids**, de la **tension artérielle**, des fonctions hépatique, métabolique et hémostatique satisfaisantes.

L'insertion et le retrait d'Implanon sont réalisés sous anesthésie locale en consultation, par un médecin.
Cet implant est **préchargé dans un applicateur jetable** facilitant son insertion. Celle-ci se pratique dans le bras non dominant, dans le sillon entre le biceps et le triceps, à 6 ou 8 cm **au dessus** du **pli du coude.**
Comme toute contraception au long cours, il est souhaitable de procéder avant la pose de cet implant à une **consultation d'information** sur le dispositif, ses avantages et ses inconvénients.

G – Le dispositif Intra-Utérin (DIU) au lévonorgestrel ou Miréna

La mise à disposition de ce stérilet diffusant un progestatif, au service des femmes, a constitué un progrès fondamental. **Remboursé à 65 %** par la sécurité sociale, il présente **une efficacité sur cinq ans.** Il présente de plus des **qualités thérapeutiques** sur le flux menstruel et les règles douloureuses.

G – 1 – Caractéristiques de Miréna

Miréna est constitué d'un support en plastique en **forme de T** et d'un **réservoir** cylindrique de lévonorgestrel situé autour de la tige verticale. Le réservoir contient **52 mg de lévonorgestrel** qui sera diffusé à un taux de 24 pug par 24 heures.
Mirena mesure 32 mm en largeur et en hauteur. **Le diamètre de son inserteur est de 4,8 mm.**
Ce stérilet est efficace contraceptivement pendant cinq ans.
Le mécanisme d'action principale de ce DIU est **l'atrophie de l'endomètre**. Il existe un épaississement du mucus cervical. « Il inhibe l'ovulation chez quelques femmes » (Vidal 2006).

G – 2 – La pose de Miréna

La pose de Mirena s'effectue après la **fin des règles**, mais elle peut s'effectuer à n'importe quel jour du cycle après s'être assuré de l'absence de grossesse.
La pose du stérilet s'effectue à **vessie vide** en position gynécologique, dans une bonne relation de confiance.
La pose est précédée d'un **toucher vaginal** pour vérifier l'antéversion ou la rétroversion de l'utérus. Un **spéculum** est introduit dans le vagin pour mettre en évidence **l'orifice du col utérin**. On effectue une désinfection soigneuse du col utérin et du vagin. On réalise une **hystérométrie** afin d'évaluer la longueur de la cavité utérine. On peut être amené à pratiquer une dilatation douce avec des sondes de Dalsace.
Le stérilet est introduit dans **l'inserteur** en tirant sur **les fils** de traction. On place le **poussoir** dans l'inserteur. Le col est saisi avec une pince de Pozzi pour rendre la cavité utérine dans le prolongement du canal cervical du col utérin.
L'inserteur est introduit dans le col utérin après avoir **réglé la bague** à la longueur de la cavité utérine ; Le poussoir permet de placer le stérilet lors du retrait de l'inserteur.
Le Miréna doit être placé au **fond de la cavité utérine**, et sa tige verticale ne doit pas descendre dans le canal cervical au dessous de l'isthme.
Le **fil de contrôle** du stérilet est ensuite coupé à la bonne distance. Il va se recourber sur le col. Il doit être **visible** pour pouvoir le retirer sur la demande de la femme. Le fil du Miréna n'est **pas perçu par le partenaire** de la femme.

G – 3 – Une méthode de contraception réversible

Miréna est classé parmi les méthodes de contraception réversibles les plus efficaces.

Sa qualité principale est d’associer une réduction du flux menstruel et de **faire disparaître les effets secondaires des règles** (douleurs, céphalées, nausées). Beaucoup de femmes présentent une **aménorrhée** dont elles doivent être **prévenues** antérieurement afin de ne pas être inquiétées et angoissées par la crainte d’une grossesse.
Son taux de **continuation** à un an est parmi les plus élevés des méthodes contraceptives, ce qui traduit une bonne acceptabilité globale de Miréna.

G – 4 – Miréna, un progrès pour les femmes

Miréna est un progrès pour les femmes qui vivent mal la contrainte de la prise journalière de la pilule estroprogestative et qui sont angoissées par la **crainte de l’oubli**.

Les caractéristiques de Miréna et du diamètre de 4,8 mm de l’inserteur font qu’il ne peut être proposé qu’à des jeunes femmes dont le col a été dilaté par l’évolution d’une première grossesse.

o

o o

VIII – LES METHODES BARRIERES DE CONTRACEPTION OU DES MOYENS DE REDUCTION DES RISQUES SEXUELS

- **ce sont les préservatifs féminin et masculin**
- **ainsi que le diaphragme et la cape cervicale**

A - Pourquoi faut-il mettre des préservatifs ?

Le préservatif constitue la prévention majeure à la diffusion sexuelle du VIH/sida et des autres IST.
Il constitue à 100 % une barrière efficace de protection entre les muqueuses, en interdisant le passage du virus VIH entre les deux organismes génitaux.

En effet, deux conditions sont nécessaires pour qu’il y ait transmission sexuelle d’une infection :

- un liquide contaminant féminin ou masculin,
- une porte d’entrée.

Les liquides contaminants sont : le sperme, le liquide séminal et pré séminal, les secrétions vaginales, le sang.

Les portes d’entrée sont représentées par les muqueuses : buccale, vaginale, anale ; et tout particulièrement lors du contact entre le gland du pénis et la muqueuse du col de l’utérus qui reçoit le liquide d’éjaculation lors d’une pénétration au cours de la relation sexuelle.

Les I.S.T., qui fragilisent les muqueuses génitales, augmentent le risque de transmission du VIH.
Il existe spécifiquement des préservatifs masculin et féminin.

A – 1 - le préservatif masculin

- le préservatif masculin est une gaine cylindrique mince en latex qui recouvre le gland et le pénis.

  Le préservatif a été conçu pour être porté sur le pénis en érection pendant les rapports sexuels afin d'empêcher le sperme de se répandre dans le vagin et d'éviter les infections sexuellement transmissibles.

  Un arrêté ministériel du 23 novembre 1987 contraint la diffusion et la vente des préservatifs qui doivent respecter la norme NFS 90.032, ce label étant décerné par l'Afnor[21].

- le préservatif, pour être efficace, doit être utilisé à l'occasion de toutes les relations sexuelles

- il doit être mis sur le pénis dès le début de l'érection. Le petit bourrelet de l'anneau doit être tourné vers l'extérieur et il faut dérouler complètement le préservatif sur le pénis jusqu'à sa base, avant pénétration. Lors de l'utilisation du préservatif il convient de prendre garde aux ongles et aux bagues afin de ne pas le déchirer et, en outre, ne pas utiliser de lubrifiant à l'alcool mais un lubrifiant à l'eau qui s'achète aisément en pharmacie ou en supermarché.

- au cours du coït, si l'on sent que le préservatif se rompt, il faut retirer immédiatement le pénis et remplacer le préservatif. Une contraception d'urgence (pilule du lendemain) peut être nécessaire si la femme ne prend pas de contraceptif. Il en va de même à l'issue de l'acte sexuel si l'on s'aperçoit que le préservatif a été endommagé
  Il est bon de savoir que les spermatozoïdes ont plus d'agilité à se déplacer – donc à se déposer dans le vagin – que les virus plus lents à se mouvoir. Ceci explique que le préservatif peut protéger efficacement des IST alors que la moindre perforation ou déchirure du préservatif permet une fuite des spermatozoïdes pouvant entraîner une grossesse

- après éjaculation, il faut retirer le pénis, alors qu'il est encore en érection en maintenant le bord du préservatif fermement pendant le retrait pour éviter une fuite du sperme ou de perdre le préservatif

A -2 - le préservatif féminin

- Le préservatif féminin constitue une excellente protection de la femme vis-à-vis d'une contamination du sida. Il est une méthode contraceptive efficace.

- en France, Fémidon, en vente dans toutes les pharmacies, est une gaine en polyuréthane fermée à l'une de ses extrémités. Le préservatif est long de 15 centimètres et son diamètre est de 7 centimètres au niveau de l'extrémité ouverte

- le préservatif féminin est maintenu ouvert grâce à un anneau externe flexible reposant contre la vulve. Un deuxième anneau interne, amovible, est destiné à faciliter l'introduction du dispositif qui est prélubrifié sur ses deux faces

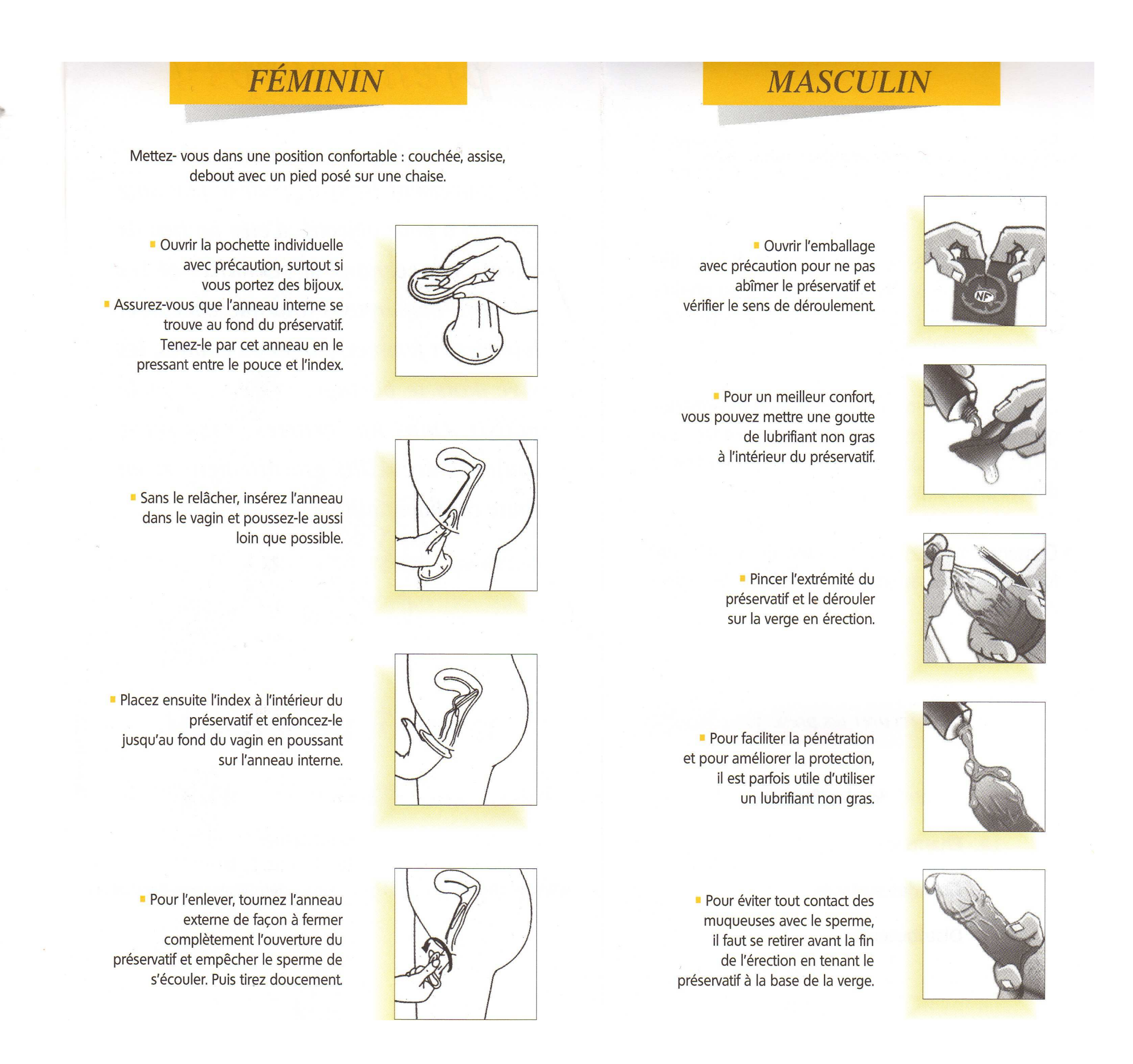
- Fémidon est à usage unique. Il n'existe qu'une seule taille

- il est une meilleure méthode contraceptive pour la femme que le préservatif masculin. L'échec contraceptif du préservatif masculin est dû au passage du sperme déposé sur les lèvres au moment du retrait à partir d'un pénis détumescent et mal contrôlé par l'homme.

---

[21] Association Française de Normalisation

A - 3 - Mode d'emploi des préservatifs



(reproduction du document « *Les préservatifs* »
du Mouvement Français pour le Planning Familial
www.planning-familial.org)

IX – LA PRISE EN CHARGE D'UNE GROSSESSE NON PRÉVUE

La prise en charge d'une grossesse non prévue, ou non désirée, est une mission de tout Centre de planification ou d'éducation familiale. Elle concerne : l'accueil, la prise en charge psychologique de la problématique, le diagnostic biologique, clinique de la grossesse, la résolution de l'interpellation pour trouver solution dans le temps et délais impartis par les dispositifs législatifs et les moyens locaux pur y répondre.

Cette mission concerne tous les Établissements d'Information, de Consultation ou de Conseil familial définis par le décret n° 93-454 du 23 mars 1993.

Concernant les mineurs et les jeunes majeurs, cette mission implique concrètement l'Éducation nationale et évidemment de préférence la cellule familiale détentrice de la responsabilité et autorité parentale.

La prise en compte d'une grossesse non prévue, par un Centre de planification, un Établissement d'Information, l'Éducation nationale, la famille, met en évidence des réalités : de prévention, d'information éducative, d'interpellation sur les causes de ces grossesses, les capacités de prises en charge dans l'écoute.

A – La réalité des demandes d'IVG chez de très jeunes mineures

interpelle sur l'abaissement de l'âge de la puberté, sur la connaissance de la physiologie de son installation, sur les finalités de la relation sexuelle.

Une grossesse est toujours possible chez une adolescente qui présente des règles irrégulières après leur installation à la puberté.

- Des jeunes filles présentent des **cycles anovulatoires**. Elles assument des relations sexuelles pendant des mois **sans contraception**. Elles se croient **invulnérables** vis-à-vis du risque de grossesse, en raison de la multiplication des relations sexuelles vécues depuis des mois.
  A l'installation de la puberté, le follicule qui se développe sur un des deux ovaires secrète des oestrogènes qui permettent le développement de la muqueuse utérine. Ce follicule dégénère **sans émission d'ovule** : il y a réalisation des règles par hémorragie de privation.
  Cette succession de cycles anovulatoires est sanctionnée secondairement par une ovulation naturelle, puis une **fécondation** en cas de relation sexuelle. Une grossesse est conçue s'il y a eu relation sexuelle avec émission de spermatozoïdes contenus dans le liquide d'éjaculation non recueilli par un préservatif masculin.

- Les cycles anovulatoires sont expliqués dans les cours des professeurs des sciences de la vie au collège. Ils sont particulièrement explicites dans les fonctions cycliques de la reproduction de la femme. **Ces messages verbalisés au collège** ne sont pas pour autant entendus et assimilés ; parce qu'ils **ne sont pas perçus** par l'adolescente en correspondance de sa vie intrapsychique de très jeune femme post pubère.

- L'adolescente peut se trouver déjà engagée dans **un vécu** de relations sexuelles pour intégrer la découverte de plaisirs et satisfaire son partenaire, **sans mettre ce vécu en correspondance** avec la **physiologie génitale** et la reproduction humaine.

- Un message préventif d'information et d'éducation à la sexualité peut avoir été émis au sein de la scolarisation et n'avoir reçu aucune perception : car non intégrable avec les préoccupations vécues psychiquement et affectivement.

B – Toute demande d'IVG s'insère dans des signifiants de la psyché, de l'histoire complexe de la personne, de ses référents éducatifs

La prise de conscience du risque de fécondation peut être établie alors que l'adolescente assume déjà des relations sexuelles. **La prise de risque de grossesse** doit être analysée. Elle recouvre des **signifiances multiples**.

Ces signifiances sont singulières, spécifiques à l'histoire psychologique, culturelle, sociale de la très jeune femme devenue féconde, qui sera fécondée.

- Il peut y avoir le besoin de s'assurer qu'elle est **féconde comme sa mère** et qu'elle est capable de **s'élever à une identité** de femme-mère.
- Cela peut être une nécessité d'assumer **la résolution d'un conflit** vis-à-vis du père, affirmer une quête **d'autonomie psychique**, ou exprimer une souffrance par absence d'une image de père positive.
- Cela peut être la construction d'un désir de **mettre les parents en difficulté** en raison d'un contentieux avec l'histoire du couple parental dont l'adolescente n'accepte pas : les tensions, les conflits intrinsèques, l'indifférence, l'incommunication, la rigidité autoritaire ou, au contraire, l'absence d'autorité ressentie.
- Cela peut être un moyen de **retrouver une communication psychoaffective** avec l'un des deux membres du couple parental éclaté.
- Il peut y avoir une expression à se vivre dans une **prise de risque de défiance** pour témoigner **l'appartenance à un groupe**.

C – La première demande d'une IVG par une mineure est une confrontation de sa vie psychique intérieure aux réalités culturelles, sociales, sanitaires

La première grossesse « involontaire » d'une jeune femme est un témoignage sur l'acquisition d'un pouvoir possédé et découvert lors d'une **initiation conquise** à partir de son corps intérieur. Il lui faut en trouver la signifiance et le devenir.

Lorsque cette première grossesse « dite non désirée » est acquise dans un **champ social** ne correspondant pas à une acceptation conventionnelle, la jeune femme est projetée dans des **processus de révélations** à des référants sociaux étrangers à sa sphère affective. Elle doit se positionner et exprimer des choix orientés et prédéterminés par la société.
La jeune femme est impliquée à vivre des **étapes successives** : **déni préliminaire-mental** de la possibilité d'être fécondée

- trouver le moyen matériel de faire la preuve de l'existence de la grossesse
- **trouver un interlocuteur** pour communiquer son inquiétude sur ce retard de règles signifiant,
- **rentrer en communication** avec des tierces personnes institutionnelles pour trouver une écoute, un accueil, **une prise en charge de ses dilemmes**
- exprimer une **intimité intérieure** liée à sa pudeur qui est sa singularité,

- affronter une **matérialité existentielle** angoissante, plongeant dans la pudeur de son être qui se voulait affirmée et qui se trouve **remise en cause** à partir d'un processus psychologique de fécondation,
- elle était un, elle **a vécu le deux** pour se retrouver dans l'incertitude d'un devenir.

D – La réalité de la grossesse non prévue psychiquement se transforme en modalités de réalisation d'une IVG

En cas de grossesse précoce ou non précoce chez une jeune fille mineure, **la mère** ou son substitut, est une fois sur deux **l'interlocutrice de l'adolescente** pour l'aider dans la délibération sur la mise en évidence de la grossesse et en assumer le devenir.

Nous sommes dans le scénario où la mère a perçu l'existence d'un **partenaire sexuel** et la probabilité d'un **retard de règles** pour sa fille. Le vécu sexuel de sa fille n'est pas perçu comme une transgression ou une rivalité. Elle exprime une « solidarité » de femme. Elle lui fera réaliser un test de grossesse en vente libre en **pharmacie**. **La positivité du test** va enclencher **un processus de démarches** pour la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse :

- **consultation au médecin** de famille qui demande un test quantitatif de grossesse qui orientera sur l'âge de la grossesse,
- demande de rendez-vous à un **médecin spécialiste** ou à une institution libérale privée ou hospitalière pratiquant les IVG,
- réalisation d'une **échographie pelvienne** pour s'assurer de l'absence de GEU et de l'âge de la grossesse de moins de **sept semaines** pour utiliser la **Mifégyne** (pilule dite « abortive »),
- **examen gynécologique** et réalisation de prélèvements bactériologiques et notamment la recherche de la chlamydiose (recommandations de l'ANAES),
- **entretien obligatoire** pour la personne mineure avec une **conseillère conjugale** et recueil d'une **autorisation de pratiquer** l'acte d'une IVG par le détenteur de **l'autorité parentale ;** ou la signature d'un engagement d'un « accompagnant » de la mineure par un tiers.

E – Le cadre légal obligatoire pour réaliser une IVG chez une personne mineure

➢ De par **la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse** et à la contraception : **l'entretien préalable** à la réalisation de l'IVG est **obligatoir**e pour **la femme mineure** avec « une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ».

Article 5 *« Pour la personne mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation ».*

- Cet entretien **était** obligatoire **pour les personnes majeures** dans la loi Veil sur l'IVG de 1975.

➢ Par la loi du 4 juillet 2001, article 5 *« Il est* ***systématiquement proposé****, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure* ***une consultation***

avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés ».

L'obligation d'un entretien pour une mineure avec une conseillère conjugale **préalablement** à la réalisation d'une IVG soumise également à **l'autorisation écrite d'un parent, ou l'engagement d'un « accompagnant » inscrite dans la loi,** trouve sa **légitimité dans plusieurs explications** :

- nécessité de **re-situer** l'inquiétude et **la solitude** de l'adolescente dans une **relation d'accueil** vis-à-vis de ses parents qui ont des devoirs éducatifs et des fonctions de structuration de la psyché par ceux qui l'ont fait naître,
- nécessité de **rétablir un lien relationnel** vis-à-vis de l'autorité parentale en tant que repère pour construire une autonomie affective et sociale,
- nécessité **d'aider les parents à comprendre** la genèse de cette grossesse de leur enfant et dont l'interruption va constituer un témoignage de rupture dans leur propre filiation consciente,
- nécessité pour ces parents de **comprendre le besoin d'autonomie** et à s'affranchir sexuellement de leur fille à partir d'**un procréateur** auquel elle s'est offerte pour vivre « son plaisir »,
- comprendre ce que peut représenter de **détresse** cette grossesse dite involontaire ou non désirée pour **la jeune femme mineure**. Celle-ci est remise en cause dans **son destin non abouti**, dans sa scolarité, ses apprentissages professionnels, son absence d'autonomie économique,
- nécessité de préserver et de **reconstruire un espace mental de l'intimité** pour la jeune femme qui s'est trouvée projetée dans des institutions qui lui démontrent qu'elle est « incapable » d'être mère.

°
° °

X – LA LOI DU 4 JUILLET 2001 PERMET A UNE PERSONNE MINEURE DE DISPOSER DE SON CORPS SEXUE

En accord avec la Déclaration Universelle des droits de l'Homme du 10 décembre 1948.

Article 1 : *« tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité ».*

Article 3 : *« Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne ».*

Article 25. 2è alinéa : *« La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale. »*

A – Des situations psycho-sociales

Il est des **situations psycho-sociales** où **le devenir** psycho-somatique d'une jeune femme mineure **risque d'être remis en cause** par la demande d'autorisation à réaliser une IVG, signée par les parents.
Le devenir mental ou physique de l'adolescente risque d'être mis en danger par le comportement réactionnel de l'autorité parentale, assimilée et exprimée à une toute puissance ou à un excès de pouvoirs ancestraux archaïques.
L'assimilation d'une responsabilité parentale à **une toute puissance totalitaire** en référence à des concepts religieux fanatiques, est rencontrée encore en France et s'est traduite par l'assassinat de jeunes femmes.
Il est des affirmations pseudo-religieuses qui se veulent « traditionnelles » et **qui refusent les principes universaux des droits de l'homme,** notamment **l'égalité des droits entre les femmes et les hommes**. La laïcité inscrite dans la **Constitution Française,** refuse la subordination de la femme à l'homme ou au mari ou au père.

B – La loi du 4 juillet 2001 – le secret

A juste titre, la loi du 4 juillet 2001 permet la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse, dans le cadre du « **secret** à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ».
« Pour la femme mineure non émancipée… Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la **personne majeure** mentionnée à l'article L 2212-7 susceptible de **l'accompagner dans la démarche** ».

Article 2212-7 : *« si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne ».*

*« Si la femme mineure non émancipée **désire garder le secret**, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L2212-4 ».*

« Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa ».

*« Dans ce cas, **la mineure se fait accompagner** dans sa démarche par **la personne majeure de son choix ».***

C – La fonction de l'accompagnant

La fonction de l'accompagnant pour la réalisation d'une IVG chez une personne mineure, ne doit pas être réduite à une fonction pratique économique pour contourner l'information auprès de l'autorité parentale.

La procédure du choix de l' « **IVG secrète** par la reconnaissance d'un accompagnant » est utilisée lorsqu'il y a **risque de remise en cause de « la dignité »**

de la jeune femme mineure. Lorsqu'il y a **négation des droits fondamentaux**, de l'égalité de reconnaissance **des droits entre hommes et femmes**, entre parents et enfants : cette procédure de liberté est reconnue par la République laïque française.

Le rôle de l'accompagnant est de permettre la réalisation de l'IVG **dans la « sûreté »** psychologique, dans la **« dignité »,** dans la reconnaissance de **« l'égalité »** des droits fondamentaux **« à la vie » et à la « liberté ».**

Il est fondamental que l'entretien pré-IVG par la conseillère conjugale, sensibilise la personne dite « accompagnante », à ses fonctions vis-à-vis de cette **substitution symbolique à l'autorité parentale éducative** structurante de la psyché.

Il est important que l'accompagnant choisi par la jeune femme mineure soit présent lors de l'entretien avec la conseillère conjugale. Il doit comprendre « ses responsabilités ». Il doit lui aussi être « accompagné » psychiquement.

°

° °

XI - LES CENTRES DE PLANIFICATION ET LES ÉTABLISSEMENTS D'INFORMATION SONT DIRECTEMENT IMPLIQUES DANS LES PREVENTIONS, LES DIAGNOSTICS, LES PRISES EN CHARGE THÉRAPEUTIQUES DES INFECTIONS SEXUELLEMEMNT TRANSMISSIBLES.

A - Les Centres de planification et les Établissements d'information sont « des services sociaux d'intérêt général »

dont les missions concernant les Infections Sexuellement Transmissibles, sont inscrites dans les lois de la république laïque.

A-1- Les Centres de planification ont devoir d'assumer la protection de la fertilité des personnes qui les consultent.

Cette prévention spécifique concerne le **diagnostic et le traitement des IST et de la chlamydiose**. Celle-ci est financée par **l'Assurance maladie** en application de la loi Calmat du 23 janvier 1990 et du décret du 30 août 2000.

Le décret n° 93-454 du 23 mars 1993 relatif aux **Etablissements d'information**, de consultation ou de **conseil familial** définit leurs missions. Celles-ci sont : 'l'accueil, l'information et l'orientation de la population sur les questions relatives à la fécondité, la contraception, la sexualité et **la prévention des maladies sexuellement transmissibles** dont **l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine »**

Tous les Centres de planification et Etablissements d'Information sont concernés directement par la réalité épidémiologique de la contamination des 130 000 personnes vivant avec le VIH/Sida sur le territoire français. En France 6000 personnes découvrent chaque année leur séropositivité.

A-2- Toutes les 90 minutes en France, une personne découvre qu'elle est contaminée.

25 à 30 % des personnes infectées l'ignorent. Elles n'ont pas de représentation culturelle de ce qu'est une IST asymptomatique.

Au travers de ses Etablissements d'information, le Mouvement Français pour le Planning Familial, principal mouvement d'éducation populaire féministe, dénonce la condition de la Femme face au VIH/Sida.

« Les femmes sont aussi nombreuses que les hommes à être infectées par le VIH ; 43 % des **séropositifs sont des séropositives.** Elles ont d'ailleurs plus de risques de contracter l'infection. La plus grande **vulnérabilité des femmes s'explique par des raisons physiologiques** mais également socio-culturelles ».

« Les femmes ont entre **trois et huit fois** plus de risques d'être contaminées par le VIH lors d'un rapport sexuel non protégé. La concentration du virus est plus élevée dans le sperme que dans les secrétions vaginales. A cela s'ajoute le fait que le vagin retient le sperme plusieurs heures, voire plusieurs jours, ce qui facilite l'entrée du virus dans l'organisme » (Claire MEDON – Le Sida aujourd'hui – Les essentiels Milan)

A-3- Nous sommes tous concernés en tant que citoyens du monde

par les 33,2 millions de personnes qui sont porteuses du VIH/Sida sur la planète. Plus de deux millions de malades décèdent chaque année du Sida.

Cette réalité épidémiologique constitue la partie émergente d'un iceberg dur des tragédies et des conséquences des IST asymptomatiques en rapport avec les réalités déniées sanitaires –culturelles en 2008.

Cette réalité **fait contraste avec les maladies vénériennes** de nos arrières grands-parents. Celles-ci ont pu être jugulées il y a un demi-siècle grâce aux **antibiotiques,** notamment la pénicilline. Elles étaient prises en charge par les médecins de famille, les **dispensaires antivénériens**, les consultations spécialisées hospitalières. Ces diagnostics et les thérapeutiques étaient assumés par un maillage institutionnel fondé sur la **perception des symptômes vécus** par les personnes infectées et qui les amenaient à consulter.

En 1995, on estimait à plus de 300 millions de nouveaux cas de M.S.T symptomatiques sur la planète : syphilis, gonococcies, trichomoniases. Ces agents infectieux contractés lors de la relation sexuelle, amenaient les personnes contaminées à consulter en raison des symptômes, signes cliniques inquiétants, pour trouver une assistance diagnostique et thérapeutique. Les capacités institutionnelles permettaient de rompre les chaînes de contamination sexuelle liées à la multiplicité des partenaires successifs ou simultanés.

Les voyages touristiques sur la planète, les migrations de populations à travers le monde, la précarisation des personnes, les tabous à verbaliser la sexualité, ont réactualisé la mise en évidence de ces M.S.T. symptomatiques.

Ces MST, ou ex-maladies vénériennes, ont en commun de permettre les prises de conscience des personnes par les symptômes révélateurs de la contamination, avant l'établissement des complications terminales.

A-4- Comment sommes-nous passés des maladies vénériennes aux infections sexuellement transmissibles asymptomatiques ?

Notre résignation planétaire à ces 33 millions de personnes infectées par le virus VIH /Sida et de ces plus de deux millions de morts annuels, constitue un gigantesque défi à l'humanité en ce début du XXIè siècle.

Les antibiotiques ont laissé croire à l'humanité qu'elle n'était plus vulnérable aux M.S.T. symptomatiques ou aux maladies vénériennes.
Comment réinscrire la vulnérabilité de l'humanité vis-à-vis des M.S.T. dans ce qui fait sens dans l'Amour ? Comment **penser le contenu de cette vulnérabilité dans la relation sexuelle** dont la finalité universelle primordiale est la transmission de la vie par le plaisir ?

Nous possédons un patrimoine culturel vis-à-vis des MST symptomatiques qui amène à consulter, à se soigner, à prévenir, à rompre les chaînes de contamination. Ce patrimoine de symptômes est inopératoire pour comprendre les **IST asymptomatiques** : **le Sida**, **l'Hépatite B**, **la Chlamydiose** ;

Nous devons comprendre et intégrer psychiquement le concept des **Infections Sexuellement Transmissibles Asymptomatiques :**

- **Celui qui est contaminé ne sait pas qu'il est contaminant.** Il est porteur d'un agent infectieux aux funestes conséquences. Il est porteur d'une IST asymptomatique. **L'absence de symptômes révélateurs** de sa contamination ne lui permet pas d'accéder à la connaissance qu'il est devenu transmetteur de mort ou de stérilité.

- Celui qui est **contaminant-contaminé** ne peut connaître la réalité de son portage de cet agent infectieux redoutable que par une consultation médicalisée où il pourra bénéficier d'examens sanguins spécifiques ou par des prélèvements qui lui permettront de **connaître son statut** dans l'évolution de sa contamination.

En 2008, les Centres de planification, les Etablissements d'Information, les CDAG, constituent des institutions de prise en charge des IST asymptomatiques et symptomatiques. Elles constituent des outils capables de resituer leurs missions dans une politique globale de prévention, d'éducation, de réappropriation des enjeux vis-à-vis de la sexualité par tous les citoyens.

B - Les maladies vénériennes de nos aïeux sont redevenues d'actualité

Elles sont des IST (Infections sexuellement transmissibles) ou MST symptomatiques. Ce changement de nomenclature recouvre des infections découvertes à partir de signes cliniques, de symptômes vécus identifiés qui amènent à consulter. En 2008, ces infections vénériennes sont souvent associées à d'autres infections asymptomatiques (sans symptômes) : VIH/Sida, Chlamydia trachomatis.

B-1- La syphilis

est actuellement en recrudescence en Ile de France et les métropoles urbaines.

- **Le Tréponème Pâle** a été introduit en Europe par les marins de Christophe Colomb. Sans thérapeutique efficace, il a détruit le système neurologique de notre culture artistique et littéraire : Beaudelaire, Nietsche, Maupassant, Flaubert, Stendhal.

- **L'infection évolue** en trois stades : trois semaines après la contamination apparaissent chancre et ganglion ; puis, secondairement, s'épanouissent pour disparaître : roséole et éruptions cutanées contaminantes, alopécie ; puis aucun signe clinique extérieur et s'installent de redoutables complications neurologiques, cardiaques, osseuses.

- Le diagnostic initial de l'infection est fait par méthodes indirectes et la mise en évidence des anticorps réactionnels à la contamination : BW, VDRL + TPHA ;

- Entre 2000 et 2003, le nombre de syphilis primaires n'a cessé de croître. En Ile de France sur cette période, 1089 cas de syphilis infectieuse ont été déclarés (417 en 2002, 428 en 2003)

  Les ventes d'**Extencilline** en ville suivent la même tendance que la surveillance des cas de syphilis

  Le Docteur Lydia ARCHIMEDE écrit dans le quotidien du médecin du mardi 5 février 2008. « ***L'épidémie de syphilis est toujours d'actualité en 2006*** ».

  « Après une diminution en 2004 et 2005, le nombre de cas est de nouveau en hausse. Le profil des personnes atteintes n'a pas changé depuis 2000 – homo et bisexuels masculins- mais leur nombre est en ***augmentation en province*** *et parmi les homo- et bisexuels séronégatifs pour le VIH, des données qui sont en faveur d'une transmission hors du « core group » initial d'homo- et bisexuels séropositifs parisiens. »*

  La proportion ***féminine****, quoique faible, augmente elle aussi chaque année.*

  La hausse observée du nombre de ceux qui rapportent des antécédents de syphilis au cours des douze derniers mois semble témoigner que la maladie dont le traitement est simple et peu coûteux, est considérée sans risque, y compris par les séropositifs VIH. »

B-2- La gonococcie ou gonorrhée ou blennorragie

«La chaude pisse » est due à une bactérie Gram négatif appelée Neisseria gonorrheae.
« **La chaude pisse** » se caractérise par un écoulement de pus jaune par le pénis, quelques jours après un rapport sexuel. Il s'y associe une envie fréquente d'uriner. L'homme ressent de très vives brûlures lors de la miction. Cette **urétrite aiguë** est intolérable pour la personne qui a le sentiment de « pisser des lames de rasoir »
C'est souvent l'urétrite de l'homme qui fait découvrir l'infection de la femme contaminée. Chez la femme, les symptômes immédiats sont vécus sur le mode mineur : « simples pertes », sensibilité vulvo-vaginale anormale.

Les complications pour la femme sont redoutables : salpingites aiguës, stérilité.

- Le diagnostic de la gonococcie se fait par mise en évidence de ce Cocci Gram négatif ovalaire, à partir de milieux spéciaux. Il ne supporte pas le froid.

- Comme toute I.S.T. le ou les **partenaires , doivent être soignés ensemble de façon concomitante**.

A l'échelle de la planète, le gonocoque défie l'humanité, par l'important problème de ses résistances aux antibiotiques et tout particulièrement à la pénicilline. L 'Afrique noire, l'Amérique du Sud, le Sud Est asiatique, enregistrent l'expression de ces résistances antibiotiques que génère l'utilisation de nouveaux antibiotiques. L'incapacité économique à accéder à l'achat de ces nouveaux antibiotiques, condamne à laisser évoluer ces IST par les relations sexuelles et conduit à leur propagation planétaire avec leurs résistances.

En 2008, la tendance à la hausse des gonococcies concerne les deux sexes ; elle est cependant plus marquée chez les femmes. Elle affecte l'ensemble des régions. On enregistre des co-infections : des séropositivités par le **VIH**, la moitié des femmes par une infection à **chlamydiae**.

Le quotidien du médecin du 5 février 2008, reprend les conclusions du « Bulletin épidémiologique hebdomadaire » sur le **relâchement de la prévention** des Infections Sexuellement Transmissibles. « les infections à **gonocoques** en sont un exemple significatif. La **courte période d'incubation** et la symptomatologie bruyante des **urétrites gonococciques** chez l'homme en font un indicateur épidémiologique très réactif des comportements sexuels à risque. »

« La tendance à la **hausse** observée depuis plusieurs années s'est accentuée**.** L'augmentation est de plus **de 50%.** La tendance affecte **l'ensemble des régions** ; elle est plus importante dans les régions hors Ile de France, qui reste toutefois la plus touchée »

« La hausse concerne **les deux sexes** et les hommes restent majoritaires ; mais elle est plus marquée chez les femmes »

« Entre 2005 et 2006, le nombre de gonococcies a augmenté d'un facteur trois ; ce qui suggère une **accélération** de la transmission au sein de la population **hétérosexuelle** ».

« Comme dans d'autres pays européens, la proportion des **souches résistantes** à la ciproflaxine continue de croître, mais la France se situe parmi les pays où le taux de résistance est le plus élevé (43 % contre 21,7 % au Royaume Uni) »

« Cette augmentation est inquiétante, elle suggère que les **recommandations** émises par l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) en 2005 concernant les traitements probabilistes des urétrites et cervicites

non compliquées, **ne sont pas appliquées** par l'ensemble des médecins prescripteurs français »

B-3- Les trichomonases

Chez la femme, la vaginite constitue le symptôme essentiel. La femme ne supporte plus des leucorrhées abondantes (pertes gynécologiques), séreuses ou spumeuses, malodorantes, de coloration jaunâtre ou grisâtre. Cette parasitose est souvent asymptomatique chez l'homme, mais constitue une cause d'urétrite. Elle est transmise par contact sexuel. En 2008, elle est toujours diagnostiquée en France. Elle justifie de soigner étiologiquement les deux membres du couple par le Métronidazole. (Flagyl).

B-4- Les candidoses

Elles sont très répandues, leur fréquence ne cesse de croître. Elles ne sont pas toujours en relation avec une transmission sexuelle, mais s'expriment au niveau de l'appareil génital féminin ou masculin. Certains facteurs **influencent leur survenue :** altération de l'état général, traitement antibiotique, la grossesse, le diabète. Les bains de mer (plage) et de piscine sont incriminés.

La femme demande à consulter pour une **vulvo-vaginite intolérable** avec sentiment de brûlures prurigineuses. Les leucorrhées sont blanches, caillebotées, inodores. Il existe des traitements très efficaces pour les deux partenaires.

Il est fréquent que des femmes présentent un **prurit intolérable**, avec l'émission de **leucorrhées blanchâtres** (pertes d'origine vaginales). Il est légitime que ces femmes puissent bénéficier d'une prise en charge médicalisée d'urgence.
L'examen de la vulve est rouge. Avec douceur on introduit un petit spéculum pour réaliser un prélèvement des leucorrhées pour une **étude** bactériologique **mycologique**, et une recherche de Chlamydia trachomatis par PCR.

Il est alors possible de déposer un ovule gynécologique (Gyno-Pévaryl, Gyno-Daktarin, Mycostatine, Monazote, Colposeptine) pour soulager immédiatement la personne. Le résultat du prélèvement permet secondairement d'adapter la thérapeutique dans une **réponse étiologique** et non subjective.

Il est de la **vocation de tout Centre de planification** d'effectuer ces conduites diagnostiques et thérapeutiques salvatrices pour les jeunes de 14 à 25 ans. Ces missions sont **financées par l'Assurance Maladie** (et non le Conseil Général) en rapport avec l'application du décret du 30 AOUT 2000 en correspondance de l'application de la loi Calmat de 1990.

B-5- L'herpès génital

C'est une affection très désagréable pour le porteur par son caractère récidivant, pour le couple : elle peut mettre en danger la vie d'un enfant à naître lors du passage dans la filière génitale à l'accouchement par voie basse. C'est une infection à **Herpès virus simplex** surtout de **type 2.** Elle débute 7 à

21 jours après le contact vénérien infectant. La lésion herpétique est souvent douloureuse et inquiète. Elle ne repose pas sur une base indurée, s'accompagne d'adénopathies. Puis le virus s'installe d'une façon latente dans les ganglions sensoriels.
Le traitement est fondé par la prise d'Acyclovir qui peut durer plusieurs semaines en cas de récidives ou de chronicité. Le préservatif masculin limite la contagion.

Durant ces cinq dernières années, les **manifestations** cliniques herpétiques symptomatologiques **se sont transformées**. Elles se traduisent dans des vécus douloureux, des désagréments aigus insupportables, des **prurits**, des préoccupations **lancinantes** localisées aux organes génitaux ou au visage.

Elles ne recouvrent pas les expressions cliniques d'il y a 15 ans.

Le diagnostic objectif différentiel se fait par un **prélèvement** pour une étude et une détermination d'un des deux virus HVS par cultures ou par PCR. Cette méthodologie est difficile à assumer à partir des Centres de planification.

Ces derniers ont recours au **diagnostic sérologique** par la prise de sang qui demeure un outil pertinent différentiel pour faire apparaître des **IgM et des IgG spécifiques**. Ainsi peut être assumée une prise en charge thérapeutique par **Zélitrex**.

Beaucoup de jeunes femmes identifient verbalement ce qu'elles appellent des « mycoses ». Il s'agit en réalité de symptomatologies douloureuses polymorphes d'herpès.

B-6- Les condylomes

Ils sont dus à des virus appartenant au groupe des Papilloma virus transmissibles par voie sexuelle (Human papilloma virus : HPV) Chez la femme, les condylomes acuminés sont des **végétations vénériennes** ou **crêtes de coq.** Elles siègent au niveau de l'anus, de la vulve, des lèvres, du vagin, du col, de l'urètre.
Le partenaire de la femme doit être examiné, pour diagnostiquer à la loupe ou au colposcope les lésions siégeant sur le gland, sur le sillon balano-préputial, l'urètre antérieur. L'homme est une source de **recontamination** pour la femme.
Les HPV des condylomes sont des virus potentiellement oncogènes (cancérigènes).
Le traitement consiste à détruire systématiquement les lésions condylomateuses par la podophylline, la cryothérapie ou le Laser.

Ces « **végétations vénériennes** » s'observent aussi bien sur la gland du pénis, que sur les petites et grandes lèvres de la vulve de la femme. Elles peuvent s'épanouir en efflorescences sur les surfaces périanales des deux sexes. L'**irritation** de ces crêtes de coq, peut entraîner des **inflammations** et des **saignements** qui seront des portes d'entrée pour la contamination du VIH/Sida.

La vaccination des jeunes personnes, avant les premières relations sexuelles devrait permettre de juguler les conséquences des infections à Papillomavirus.

Le **Gardasil** est le nom du vaccin pour la prévention des cancers du col de l'utérus, des dysplasies de haut grade et des verrues génitales externes (condylomes acuminés) dus au papillomavirus humains (HPV) de type 6,11,16,18.
L'âge idéal de cette vaccination se situe vers 15 ans, avant les premiers rapports sexuels. Le pic d'incidence de l'infection à Papillomavirus est observé chez les adolescents et les jeunes adultes avec une prévalence maximale de 24 % **chez les 15/19 ans.**

70 % des hommes et des femmes sexuellement actifs sont exposés **aux Papillomavirus** au cours de leur vie**.**
La primovaccination par GARDASIL est réalisée par injections de trois doses selon le schéma 0, 2, 6 MOIS.
Ce vaccin a obtenu son AMM en Europe le 20 septembre 2006.
La mortalité par cancer du col de l'utérus est de 1 000 femmes tous les ans.

La vaccination contre les papillomavirus devra toujours être associée ultérieurement à l'âge adulte par **la poursuite de la réalisation d'un frottis de dépistage** du col de l'utérus, tous les trois ans. **Trente pour cent** de ces femmes vaccinées risqueront toujours de faire un **cancer du col de l'utérus** en rapport avec une autre étiologie.

C – La Chlamydiose

La bactérie Chlamydia trachomatis est transmise sexuellement par 50 % de personnes qui ignorent leur contamination et qui sont contaminantes. Cette IST, la plus répandue dans les pays industrialisés, est une IST sans symptôme dont les personnes contaminées n'ont pas conscience et ignorent leur infection. La femme découvre plusieurs années après, sa contamination par les conséquences : grossesses extra-utérines, infertilité, stérilité.

Dans 40 % des cas, cette bactérie évolue sous forme de **salpingite silencieuse**. La femme découvre plusieurs années après : **l'obstruction** de ses trompes lorsqu'elle arrête sa pilule pour obtenir une grossesse désirée.

Il est possible de diagnostiquer cette bactérie lors des consultations contraceptives en réalisant un prélèvement dans le col de l'utérus. La bactérie est mise en évidence par **PCR** Il est possible de faire le diagnostic sur un premier jet urinaire sans examen gynécologique, ou par auto-prélèvement.

Le diagnostic de la Chlamydiose permet d'assumer un traitement efficace par **Doxycycline** ou l'**Azithromycine** chez les deux partenaires et d'éviter les conséquences de l'infection.

En application de la **Loi Calmat**, dans les Centres de planification, il est possible d'assumer le **diagnostic** et le **traitement** de la Chlamydiose au bénéfice des **personnes mineures et majeures**. Les frais sont assumés par **l'assurance maladie du département**.

En cas d'infection génitale, la chlamydiose peut être associée à d'autres agents infectieux qui expriment des symptômes chez la femme. La femme peut présenter des **douleurs** pelviennes, des **saignements** génitaux qu'elle peut imputer à tort à la pilule.

Il ne sert à rien de changer de pilule contraceptive. Il faut connaître l'origine des symptômes et soigner l'infection par antibiotique

C-1- La première maîtrise de la fécondité : période de vulnérabilité de la fertilité

En 1993, plus de huit millions de femmes en France assument volontairement une méthode de contraception efficace pour réguler leurs naissances.

Plus de 4 200 000 femmes vivant en France utilisent un contraceptif oral. La pilule estroprogestative est la méthode d'initiation à la contraception volontaire. Son taux maximal d'utilisation se situe à 20 ans. La pilule est maintenant déjà utilisée dans plus de 50 % des cas avant le premier rapport sexuel. La maîtrise de la fécondité avant la naissance du premier enfant est devenue une constante socio-culturelle dominante.

Le 18 mars 2006, le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) a commémoré ses cinquante ans. Aujourd'hui, globalement, la France est un pays d'Europe qui a accédé, à la contraception, maîtrise sa fécondité et voit sa natalité progresser. Paradoxalement, elle enregistre une stabilité relative des IVG (autour de 200 000 par an).

L'enquête COCON de Nathalie BAJOS et les travaux de l'Afssaps, témoignent que la **pilule estro-progestative** est de très loin la **première méthode** contraceptive utilisée en France. Sur 100 femmes fécondes de 18 à 44 ans, 45,8 % **utilisent la pilule**, avec un maximum d'utilisation chez les 20-24 ans : 68,3 %.

100 000 nouveaux cas de salpingites sont subis tous les ans par les femmes. Elles ont pour conséquences 20 000 nouveaux cas de difficultés futures de procréations et de stérilité. **5 000 nouveaux cas de grossesses extra-utérines** résultent de ces infections génitales hautes engendrées par les infections sexuellement,t transmissibles.

Jeanine Henry-Suchet avait montré que parmi les femmes atteintes d'une stérilité d'origine infectieuse :

- 30 % seulement ont un antécédent connu de salpingite,
- 20 % ont des antécédents d'épisodes douloureux bâtards à rattacher à des **salpingites subaiguës non diagnostiquées**.
- **40 %** n'ont aucun antécédent particulier : ces femmes ont subi une **salpingite chronique silencieuse.**

40 000 nouvelles salpingites silencieuses sont vécues tous les ans par les femmes. Elles ont toutes pour unique étiologie : **la bactérie Chlamydia trachomatis**.

Nous savons que les deux tiers des femmes devenues stériles ont présenté des salpingites méconnues ou silencieuses.

Les deux principales I.S.T. ou infections sexuellement transmises, impliquées dans les infections génitales responsables de la stérilité des couples et des salpingites sont : Chlamydia trachomatis (CT) et Neisseria gonorrhoeae (gonocoque).
Chlamydia trachomatis est responsable, seule ou en association, de 50 à 60 % des salpingites aiguës et d'environ 70 % des stérilités tubaires pour Jeanine Henry-Suchet.

Chlamydia trachomatis est impliquée étiologiquement chez plus de 50 % des couples stériles. Le VIIè Congrès Mondial de FIV et PMA, en juillet 1991 à Paris avait mis en évidence, tout groupe confondu, la responsabilité de Chlamydia trachomatis dans près de 50 % des indications de fécondation in vitro.

Chlamydia trachomatis peut s'exprimer **paucisymptomatiquement**, c'est-à-dire se révéler par des **symptômes cliniques identifiables** chez le sujet porteur, de la réalité de la contamination. Seule ou associée à d'autres germes, des symptômes vécus amènent un sujet porteur à consulter un médecin : douleur, saignement sous pilule, température, difficultés à uriner, écoulement, pertes vaginales.

Infection Sexuellement Transmissible asymptomatique, Chlamydia trachomatis peut être portée par un sujet masculin ou féminin, qui ne se sait pas contaminé et qui transmet cette bactérie à son partenaire sexuel sans le savoir.

Les travaux de D. Estreich ont mis en évidence l'importance de la latence contaminante de CT dans la diffusion épidémiologique de cette IST asymptomatique. Les sujets contaminés sont restés porteurs « sains » cantaminants asymptomatiques :

- moins de trois mois dans 10 % des cas seulement,
- **entre quatre et douze mois dans 53 % des cas**,
- entre un an et deux ans dans 22 % des cas,
- dans 6 % des cas l'infection est restée latente au moins pendant 5 ans.

L'infection à Chlamydia trachomatis est une IST paucisymptomatique et asymptomatique. Cette infection sexuellement transmise est **diagnostiquable** quelle que soit son expression symptomatique ou asymptomatique. Elle est accessible à une **thérapeutique efficace**, pour son éradication chez tous les partenaires. Il est possible de prévenir par le diagnostic et la thérapeutique sa conséquence : **la stérilité.**

C-2- Qui est cette bactérie Chlamydia trachomatis responsable de 20 % des stérilités dans le monde ?

Chlamydia trachomatis appartient aux Chlamydiae. Celles-ci sont des **parasites intracellulaires** obligatoires. Elles possèdent une membrane cellulaire. Elles contiennent de l'ADN et de l'ARN. Les chlamydia ne sont pas

capables de produire de l'ATP. Elles utilisent l'ATP de la cellule hôte. Nous devons à **Jeanne Orfila** la description de leur mode de reproduction.

Le développement des chlamydiae est intracytoplasmique. Il s'effectue selon un cycle complexe. Le **corps élémentaire** ou particule infectieuse de 200 mµ pénètre par **phagocytose** à l'intérieur de la cellule hôte. Il se transforme en **corps réticulé** capable de se diviser par fission binaire un certain nombre de fois. A l'intérieur de l'inclusion qui se développe : les corps réticulés se transforment en corps élémentaires. Le développement de l'inclusion entraîne l'**éclatement** de la cellule, avec libération de cors réticulés non infectieux et de corps élémentaires qui vont infecter de nouvelles cellules hôtes. Le corps réticulé constitue la partie dite « reproductive » de la bactérie. C'est lui qui se trouve être la cible de l'antibiothérapie ; ce qui explique la nécessité d'un traitement de longue durée (Doxycicline)

L'antibiotique qui a la meilleure pénétration intracellulaire est l'**Azithromycine**. En cas d'infection cervicale par diagnostic direct, on fait prendre quatre gélules de **Zithromax Monodose**, en une seule prise, une heure avant le repas du soir.

En cas de contamination, les premières cellules atteintes font appel aux lymphocytes producteurs **d'interféron gamma**, la bactérie, privée de tryptophane, ne peut passer de l'état de corps élémentaire à celui de corps réticulé et cesse de se reproduire.

Resté dans la cellule, **ce corps élémentaire bloqué** dans son incapacité à se transformer, entretient une **réaction inflammatoire**. Celle-ci aboutit à une production de **fibrine par les monocytes**. Cette production de fibrine est responsable des **adhérences pelviennes** et des **salpingites silencieuses** progressivement **destructrices** et secondairement sclérosantes.

Le diagnostic d'une infection à Chlamydia peut se faire, soit par mise en évidence de l'agent pathogène ou de ses constituants, soit par mise en évidence des anticorps spécifiques sériques.

C-3- Les outils diagnostics de Chlamydia trachomatis

Ceux-ci sont à la disposition de tout médecin dans la prise en charge et reconnaissance de Chlamydia trachomatis dans ses expressions paucisymptomatiques et asymptomatiques, dans le cadre de toute consultation gynécologique ou contraceptive.

Ces outils diagnostics nécessaires au dépistage des facteurs susceptibles de remettre en cause les capacités procréatives des femmes, sont à la disposition de tous les praticiens dans :

- un cabinet médical libéral
- une consultation gynécologique hospitalière
- un centre de dépistage anonyme et gratuit
- un centre de planification ou d'éducation familiale

C-4- Le diagnostic direct par la mise en évidence de Chlamydia trachomatis

Cette bactérie a un tropisme marqué pour les cellules de **l'épithélium cylindrique** de l'**endocol** et les cellules épithéliales de la muqueuse **endo-uréthrale**.

Lors de l'examen gynécologique, sous spéculum, le prélèvement **endocervical utérin**, est réalisé après élimination soigneuse des secrétions présentes à l'orifice du col. Un écouvillon spécial permet d'effectuer le prélèvement pour le déposer dans un milieu spécial de transport pour être acheminé dans un laboratoire spécialisé.

C-4-1- L'isolement de Chlamydia trachomatis

en cultures cellulaires avait constitué la méthode diagnostique de référence.

- L'isolement de Chlamydia trachomatis en cultures cellulaires dépend de la qualité des prélèvements, des conditions de transports et de conservation des prélèvements.
- La culture cellulaire permet l'isolement de la souche en vue d'étude épidémiologique.

C-4-2- L'infection à Chlamydia trachomatis est localisée préférentiellement au col, mais elle peut s'accompagner d'une **infection dans l'urètre**, voire même présente que dans l'urètre. qui viennent du col et les sécrétions qui viennent de l'urètre.

L'auto-prélèvement vaginal est bien adapté au dépistage parce qu'il est bien accepté et détecte mieux, l'infection à Chlamydia trachomatis.

L'auto-prélèvement vaginal est réalisé sans toilette préalable par introduction d'un écouvillon dans le vagin à 4-5 cm.

Les dépistages effectués dans les CPEF de SEINE SAINT DENIS en 2005, par auto-prélèvement (BEH octobre 2006) concluent à la fiabilité de la méthode.

« Le prélèvement (par **auto-prélèvement**) se conserve plus longtemps que l'urine sans perte de sensibilité et à la température ambiante. Les résultats montrent moins de résultats non-interprétables pour cause de présence d'inhibiteurs qu'avec le premier jet d'urine chez la femme. La **PCR en temps réel** permet une appréciation de la quantité de bactéries présentes dans le prélèvement confirme l'excellente conservation de **l'ADN** de la Chlamydia trachomatis à température ambiante sur **l'écouvillon sec** »

C-4-3- Le recueil de premier jet urinaire, dans un flacon stérile, sans toilette préalable, permet d'effectuer le diagnostic de **Chlamydia trachomatis** par étude par **PCR** ; Celui-ci s'effectue sans examen

gynécologique. Le recueil des urines doit être acheminé dans de bonnes conditions vers le laboratoire spécialisé utilisant la PCR ;
Cette méthode peut-être utilisée pour les **consultants masculins** d'un centre de planification ou d'un CDAG.

C-5- Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 3 octobre 2006 expose les travaux diagnostics effectués en 2005.

« En 2002, ***l'ANAES a préconisé un dépistage systématique chez les femmes de moins de 25 ans*** *dans les dispensaires antivénériens (DAV) les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'orthogénie »*
« Entre 2003 et 2005, cinq enquêtes de dépistage systématique par ***PCR*** *sur urines ou par auto-prélèvement vaginal ont été réalisées dans des services de médecine préventive universitaire, des CPEF et un centre d'orthogénie »*

« Le numéro du BEH présente les résultats de ces six études. Les ***prévalences de la Chlamydia trachomatis*** *observées dans les CPEF ou Centres d'orthogénie (Bordeaux, Val de Marne et Seine Saint Denis)* ***varient de 6 à 11 %*** *proche de la* ***médiane de 8 %*** *rapportée dans une revue des études réalisées au Royaume Uni ».*

C-6- Le dispositif législatif de la loi Calmat a permis de connaître la prévalence du Chlamydia trachomatis dans une population de 15-25 ans du Centre de planification de VIERZON ;

En 1998, tous les ans, cent mille jeunes femmes consultent dans mille Centres de planification ou d'éducation familiale pour l'obtention de leur contraception : sans autorisation parentale, gratuitement, anonymement. Cette capacité d'obtention de la contraception pour les personnes mineures ou ne bénéficiant pas de prestation maladie est inscrite dans le dispositif législatif de la loi Veil du 4 décembre 1974.

Avant le 23 janvier 1990, un médecin qui pratiquait un examen gynécologique dans un centre de planification, pour l'obtention d'une pilule contraceptive ne pouvait réaliser aucun prélèvement : en cas de vaginite, d'infection génitale ; encore moins de prélèvements pour recherche de CT ;
Le bénéfice d'examens médicaux, d'actes réalisés, de prescriptions thérapeutiques, concernant une personnes mineure, sont placés sous l'autorité parentale.

La loi Calmat du **23 janvier 1990 étend les missions** contraceptives des centres de planification aux **missions diagnostiques et thérapeutiques des IST pour les mineurs** qui en font la demande, ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladies.

La loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 a été votée à l'unanimité des élus de la nation, parlementaires et sénateurs.

Elle était l'aboutissement d'un premier débat au parlement le 1er décembre 1989 où le **Professeur Alain Calmat** en fit la proposition qui fut retenue

sous forme d'amendement par le gouvernement de Michel Rocard. Ce premier débat parlementaire fit suite à l'adoption à l'unanimité aussi de la loi 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Cette loi fut promue par **Madame Hélène DHORLAC**, secrétaire d'état à la famille en collaboration avec Claude Evin, ministre des affaires sociales et de la solidarité.

Loi Calmat et loi relative à la protection de l'enfance, s'inscrivirent dans la reconnaissance des droits de l'enfant et des droits de la personne des mineurs. Elles se trouvèrent en harmonie avec l'approbation à l'unanimité des nations le 20 novembre 1989 de la Convention des droits de l'enfant.

« Art 6 bis –Sans préjudice des dispositions du titre II du livre III du Code de la santé publique, les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage, et le traitement de maladies transmises par voie sexuelle. Ils assurent, à titre gratuit et de manière anonyme, le dépistage et le traitement de ces maladies en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie versées par un régime légal ou réglementaire. Un décret pris après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France fixe les modalités d'application du présent article. Ce même décret fixe également les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et ce traitement sont prises en charge par l'Etat et les organismes d'assurance-maladie »

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.
Fait à Paris, le 23 janvier 1990
François Mitterrand

C-7- Le L'outil d'application de la loi Calmat ou les moyens de diagnostiquer et de traiter efficacement les infections à Chlamydia trachomatis des mineur(e)s en Centre de planification.

Cet outil est devenu opératoire par le décret Bérégovoy n° 92-784 du 6 août 1992.

Décret n° 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale

Section 2

Dispositions applicables au dépistage et au traitement de certaines maladies sexuellement transmissibles

Art. 8 – En application de l'article 6 bis de la loi du 28 décembre 1967 susvisée, les centres peuvent inclure dans leurs activités, à l'occasion des consultations relatives à la maîtrise de la fécondité :

*1 – Le dépistage de l’infection par le **virus de l’immuno-déficience humaine** ;*
*2 – Le dépistage et de traitement de la **chlamydiose**, de la gonococcie et des **vaginites aiguës**.*

Le dépistage des maladies mentionnées au présent article a lieu, soit à la demande des consultants, soit avec l’accord de ceux-ci, sur proposition du médecin qui fait connaître les résultats des examens au cours d’une consultation médicale ultérieure.

D - La contamination asymptomatique au virus de l’Hépatite B

L’Hépatite B est une infection sexuellement transmissible lorsque la personne contaminante ignore son portage asymptomatique et la transmet à son partenaire sexuel sans en avoir conscience.

Le virus de l’Hépatite B se transmet par le sang, la sueur, les larmes, la salive, les urines, les excréments. Sexuellement, elle se transmet par le **sperme** et les **sécrétions vaginales.**

La contamination peut s’effectuer à partir d’une personne malade qui présente les symptômes et les complications de l’Hépatite B. Elle peut également s’effectuer à partir d’un sujet « sain » asymptomatique qui ne se sait pas porteur de l’agent infectieux.

D-1- En 1995, en Europe, chaque année, 900 000 à un million de personnes étaient contaminées par le virus de l’Hépatite B

Il en résultait 20 000 décès par cancer du foie ou de cirrhose. L’hépatite B est la deuxième cause de cancer après le tabac.

En cas de contamination, la personne infectée peut rester asymptomatique, ne pas faire de complications et devenir contaminante sexuellement. La contamination peut évoluer vers les expressions symptomatiques de l’infection : « jaunisse » ou ictère, fièvre, fatigue, douleurs. Elle peut conduire à la cirrhose, au cancer, à la mort.

La vaccination contre l’Hépatite B **avant** le vécu des **premières relations sexuelles**, constitue une prévention fondamentale. Elle permet d’éviter l’évolution des contaminations et surtout les complications mortelles générées par cet agent infectieux, qui est souvent à 75 % asymptomatique.

D-2- L’hépatite B est un problème mondial de santé publique avec plus de 350 millions de porteurs chroniques du virus.

Sa répartition est très hétérogène selon les zones géographiques : la prévalence de l’antigène HBs est élevée en Afrique sub-saharienne, en Asie du Sud-Est, en Chine méridionale, dans le bassin amazonien.

D-3- L’Antigène HBS ou l’AgHBs est le témoignage du portage du virus par une personne contaminée asymptomatique qui ne se sait pas contaminante.

Chez la femme enceinte, le dépistage est obligatoire et systématique au cours du 4è examen prénatal, lors du 6è mois de grossesse.

D-4- En France, dans la population adulte âgée de 18 à 80 ans, nous savons en 2003-2004, qu’il existe 280 000 porteurs chroniques de l’AgHBs.

Ce portage varie avec les régions et les populations concernées, avec des risques d’exposition majorés pour certaines personnes. On estimait en 2001 que 1 300 décès seraient directement imputables chaque année en France à une pathologie liée au VHB (virus de l’hépatite B).

D-5- Comment prévenir l’Hépatite B ?

« Pour prévenir l’hépatite B, deux types d’action sont à développer : la **vaccination** et l’application de **mesures de réduction des risques de transmission.**

La vaccination contre le VHB s’inscrit dans le cadre d’une **politique mondiale de lutte** contre un virus, dont l’homme est le seul réservoir. Cette politique définie par l’OMS, a pour objectif de réduire le nombre de porteurs de l’AgHBs, ainsi que d’éviter la survenue des complications graves de l’hépatite B.

En France, la politique vaccinale est décidée et mise en œuvre par les autorités sanitaires, avec l’aide des instances scientifiques. Le calendrier vaccinal actualisé est publié chaque année sur le site Internet du Ministère de la Santé (rubrique vaccins) et sur celui de l’InVS (rubrique BEH) Il donne la liste des personnes à vacciner.

D-6- Les complications de l’hépatite B

chez les jeunes sont le résultat d’une contamination sexuelle lors des ***premières relations sexuelles***, par un des deux membres du couple porteur asymptomatique de l’Antigène HBs. Il est judicieux et fondamental de réaliser la ***vaccination à l’adolescence*** avant les premières relations sexuelles.

Actuellement, nous bénéficions de la couverture vaccinale élevée réalisée par les vaccinations entre 1994 et 1997. Celles-ci avaient été proposées par le ministre de l’éducation nationale, François BAYROU, et le ministre de la santé, Philippe DOUSTE BLAZY.

Ces adolescents vaccinés vont progressivement quitter la tranche d’âge des 20-29 ans, période de risque maximal d’infection par le virus de l’hépatite B.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) *« estime que chez les enfants vaccinés* ***entre 1994 et 2007****,* ***ont été évitées*** *: environ 20 000* ***nouvelles infections****, 8 000* ***hépatites aiguës, 800 infections chroniques*** *et 40* ***hépatites fulminantes*** » (Quotidien du médecin du 14 octobre 2008 – n° 8439)

D-7- « L'hépatite B chronique est responsable de 1 500 décès par an, en France »

Le mardi 28 octobre 2008, le Docteur Brigitte VALLOIS dans le quotidien du médecin nous rappelle que ***« l'hépatite B chronique*** *est responsable de* ***1 500 décès par an****, en France ». »Une personne porteuse chronique du virus sur deux ne se sait pas contaminée ; cette infection chronique est découverte trop tardivement et souvent par hasard ».*